Deutscher Bundestag **Drucksache 18/9400**
18. Wahlperiode 19.08.2016

Unterrichtung
durch die Bundesregierung

Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten

Inhaltsverzeichnis

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. August 2016 gemäß § 4 Absatz 7 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 5 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 7 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden und § 9 Absatz 4 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes.

Seite

Abkürzungsverzeichnis

APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
BB	Brandenburg
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BE	Berlin
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
ErgThG	Ergotherapeutengesetz
HB	Bremen
HebG	Hebammengesetz
HE	Hessen
HH	Hamburg
IFK e. V.	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LogopG	Gesetz über den Beruf des Logopäden
MPhG	Masseur- und Physiotherapeutengesetz
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
RP	Rheinland-Pfalz
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen

I. Einleitung

Am 3. Oktober 2009 sind im ErgThG (§ 4), im HebG (§ 6), im LogopG (§ 4) sowie im MPhG (§ 9) Regelungen in Kraft getreten, die auch die Erprobung akademischer Erstausbildungen in diesen Berufen ermöglichen sollten. Die Regelungen sind befristet und treten am 31. Dezember 2017 außer Kraft.

Die Erprobung wird begleitet von einer gesetzlichen Vorgabe zur Evaluierung der Modelle nach Maßgabe der Richtlinien vom 16. November 2009 über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben nach § 4 Absatz 6 Satz 3 des Ergotherapeutengesetzes, § 6 Absatz 4 Satz 3 des Hebammengesetzes, § 4 Absatz 6 Satz 3 des Logopädengesetzes und § 9 Absatz 3 Satz 3 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (Evaluierungsrichtlinie) (BAnz. S. 4052) sowie einer Berichtspflicht des BMG an den Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2015.

Dieser Bericht wird hiermit vorgelegt.

II. Ziele und Inhalte der Modellregelungen

Mit dem vom Bundesrat am 23. Mai 2008 beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (Bundestagsdrucksache 16/9898) reagierten die Länder auf Entwicklungen im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe. Immer abstrakter und komplexer werdende Anforderungen in der Gesundheitsversorgung hatten zuvor beharrlich lauter werdende Forderungen nach einer akademischen Ausbildung zur Folge, um die Berufsangehörigen besser auf diese Entwicklungen vorzubereiten. Auch sollte mit einer akademischen Ausbildungsform die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Ausbildungen im europäischen Vergleich und die Mobilität deutscher Berufsangehöriger im europäischen Raum und international gestärkt werden.

In ihrer Entwurfsfassung sahen die Modellregelungen vor, dass die Länder „zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung“ des jeweiligen Berufs „unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen“ sollten, von der in den einzelnen Gesetzen jeweils enthaltenen Vorgabe, nach der die Ausbildung „an staatlich anerkannten Schulen“ durchgeführt wird, sowie „von der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung“ abweichen durften, „sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG gewährleistet ist“.

Die Bundesregierung hatte den Gesetzesentwurf in ihrer Stellungnahme begrüßt, weil er die Diskussion über die Weiterentwicklung der grundständigen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen, zum Beispiel durch akademische Ausbildungsangebote, auch von Länderseite anstoße. Sie sah zugleich aber die Notwendigkeit weiterer intensiver Diskussionen im Gesetzgebungsverfahren, weil dem Entwurf nach ihrer Auffassung wesentliche Elemente wie Aussagen zur Dauer der zeitlichen Befristung, zur Evaluation der Ergebnisse sowie dem Umgang mit den Ergebnissen der Modelle fehlten.

Die Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme bestätigt. Zwar hatten die Vertreter der Berufsverbände sowie Einzelsachverständige die vorgesehenen Modellklauseln übereinstimmend begrüßt. Zugleich wurde jedoch der Wunsch deutlich, die Modellvorhaben mit konkreten Zielbestimmungen zu versehen, sie zu befristen sowie die Ergebnisse zu evaluieren.

Die damaligen Regierungsfraktionen der CDU/CSU und SPD haben daraufhin Änderungsanträge beschlossen, die in dieser Form geltendes Recht geworden sind.

Die Änderungen bezogen sich inhaltlich auf folgende Punkte:

- Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben wurden nur für den Lernort „Schule“ ermöglicht, an deren Stelle die Hochschule treten darf. Infolge dieser Vorgabe wurde vorgesehen, dass die jeweiligen APrVen mit der Maßgabe fortgelten, dass alle Aufgaben der Schule von der Hochschule übernommen werden.
- Hinsichtlich der APrVen wurde jeweils ermöglicht, von dem in den Anlagen zur jeweiligen APrV aufgeführten theoretischen und praktischen Unterricht abweichen zu dürfen, was im Gegenzug bedeutete, dass ein Abweichen von den APrVen im Bereich der praktischen Ausbildung nicht zulässig war. Der Gesetzgeber wollte damit einer Zersplitterung des jeweiligen Berufsbildes vorbeugen und zugleich die praktische Handlungsfähigkeit der Absolventinnen und Absolventen der hochschulischen Ausbildungen sicherstellen.

- Für die Hebammenausbildung wurde für die praktische Ausbildung eine Sonderregelung vorgesehen. Sie soll sicherstellen, dass der für die Hebammenausbildung besonders wichtige Praxisbezug der Ausbildung erhalten bleibt, indem auch die Hochschulen eine praktische Ausbildung an Krankenhäusern gewährleisten müssen.
- Daneben wurden im HebG die Regelungen über den Ausbildungsvertrag und den Anspruch auf Zahlung einer Ausbildungsvergütung (IV. Abschnitt des HebG) für akademische Erprobungen ausgesetzt, da sie nicht zum hochschulischen Ausbildungssystem passen.
- In allen vier Berufsgesetzen gleichermaßen wurde eingeführt, dass die Länder bei der Genehmigung der Modellvorhaben Vorgaben zu deren Zielen, Dauer, Art und Ausgestaltung machen sowie die Bedingungen für die Teilnahme an den Modellvorhaben festlegen müssen.
- Ebenso wurde die Vorgabe einer Evaluierung der Modellvorhaben auf der Grundlage von Richtlinien eingeführt, die das BMG bis zum 30. November 2009 im Bundesanzeiger zu veröffentlichen hatte. Dies sollte eine Evaluierung nach bundeseinheitlichen Kriterien gewährleisten.
- Die Erprobung wurde befristet und läuft zum 31. Dezember 2017 aus. Zuvor begonnene Studiengänge können noch abgeschlossen werden.
- Damit der Gesetzgeber rechtzeitig vor dem Auslaufen der Modellklauseln über die dauerhafte Ausgestaltung der Ausbildungen entscheiden kann, ist schließlich eine Berichtspflicht des BMG an den Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2015 eingeführt worden. Sie orientiert sich an den vom BMG im Bundesanzeiger veröffentlichten Richtlinien. Die Länder wurden angehalten, dem BMG die erforderlichen Ergebnisse der Evaluierung für die Erstellung dieses Berichts mitzuteilen.

Das Gesetz ist mit den beschriebenen Änderungen am 3. Oktober 2009 in Kraft getreten. Es soll dem Gesetzgeber mit den im Vergleich zum Entwurf des Bundesrates umfassenden Änderungen wichtige Erkenntnisse für eine politische Entscheidung für oder gegen eine dauerhafte (Voll- oder Teil-) Akademisierung der Erstausbildungen in den Gesundheitsfachberufen liefern. Zugleich soll es einen verantwortungsvollen Umgang aller Beteiligten mit den Modellausbildungen erreichen. Denn die an den Erprobungen beteiligten Studierenden stützen ihre berufliche Zukunft auf Ausbildungen, die erstmalig in einem neuen Ausbildungssystem durchgeführt werden.

III. Vorbemerkungen zum Bericht

1. Vorgehensweise und Rückläufe allgemein

Mit Schreiben vom 11. März 2015 hatte das BMG die Obersten Landesgesundheitsbehörden um die Übermittlung ihrer Ergebnisse aus der gesetzlich vorgegebenen wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben gemäß ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach § 4 Absatz 7 Satz 3 ErgThG, § 6 Absatz 5 Satz 3 HebG, § 4 Absatz 7 Satz 3 LogopG und § 9 Absatz 4 Satz 3 MPhG gebeten. Daraufhin wurden dem BMG Evaluationsberichte von 25 Modellstudiengängen aus insgesamt acht Ländern übermittelt (BB, BE, BW, BY, HE, MV, NW, SL).

Die Ergebnisse dieser Modelle sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen. Nicht berücksichtigt wurden die Rückmeldungen aus den Ländern, bei denen noch keine Ergebnisse zur wissenschaftlichen Begleitung der Modellstudiengänge vorgelegt werden konnten. Dies betraf Fälle, in denen das Studium noch nicht weit genug fortgeschritten war. Von Seiten der Länder wurde hierzu der Modellstudiengang Hebammenkunde an der Ernst-Abbe-Hochschule Jena (EAHJ) und die Modellstudiengänge Physiotherapie und Logopädie an der Hochschule Bremen genannt.

Für NI lag zwar keine wissenschaftliche Begleitung der Modellstudiengänge gemäß der Evaluierungsrichtlinie des BMG vor. Allerdings bietet NI seit dem Jahr 2000 parallel zum Studium der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie eine hochschulische Qualifikation mit integrierter Fachschulausbildung an, die zum Erwerb der jeweiligen Berufserlaubnis führt. Die Ergebnisse dieser Variante wurden im Rahmen der Schlussfolgerungen des Berichtes berücksichtigt.

2. Rückmeldungen zu den einzelnen Berufen

Ergotherapeuten

Für das Modellvorhaben Ergotherapie gingen Evaluationsberichte von sechs Hochschulen (Alice Salomon Hochschule Berlin, IB Hochschule Berlin, SRH Hochschule in Heidelberg, Europäische Fachhochschule Rhein/Erft (EUFH) Rostock, Hochschule für Gesundheit Bochum, Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland) aus fünf Ländern (BE, BW, MV, NW, SL) ein.

Hebammen

Für das Modellvorhaben Hebammenkunde gingen Evaluationsberichte von zwei Hochschulen (Fachhochschule Fulda, Hochschule für Gesundheit Bochum) aus zwei Ländern (HE[1], NW) ein.

Logopäden

Für das Modellvorhaben Logopädie gingen Evaluationsberichte von sieben Hochschulen (IB Hochschule Berlin, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Europäische Fachhochschule Rhein/Erft (EUFH) Rostock, Hochschule für Gesundheit Bochum, Fachhochschule Münster, Rheinisch-Westfälische technische Hochschule Aachen) aus vier Ländern (BE, BY, MV, NW) ein.

Physiotherapeuten

Für das Modellvorhaben Physiotherapie gingen Evaluationsberichte von elf Hochschulen (Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg, Alice Salomon Hochschule Berlin, IB Hochschule Berlin, SRH Hochschule Heidelberg, Hochschule für angewandte Wissenschaften Rosenheim, Fachhochschule Fulda, Fachhochschule Fresenius in Idstein, Europäische Fachhochschule Rhein/Erft (EUFH) Rostock, Hochschule für Gesundheit Bochum, Fachhochschule Münster, Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland) aus acht Ländern (BB, BE, BW, BY, HE, MV, NW, SL) ein.

Eine länderübergreifende Synopse wurde vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), der Universität Bremen und der Katholischen Stiftungshochschule München eingereicht. Hierbei handelt es sich um eine externe Evaluation von fünf Hochschulen mit sieben Studiengängen in drei therapeutischen Fachrichtungen aus vier Ländern (Friedrich Alexander Universität Nürnberg, Logopädie; Alice Salomon Hochschule Berlin, Physiotherapie/Ergotherapie; SRH Heidelberg, Physiotherapie/ Ergotherapie; Hochschule Fresenius Idstein, Physiotherapie).

3. Hinweise zur Verarbeitung der Rückmeldungen

Die nachfolgenden Ausführungen fassen die eingegangenen Ergebnisse inhaltlich zusammen. Verweise auf einzelne Länder beziehen sich immer auf die aus dem jeweiligen Land eingegangenen Berichte. Wesentliche unterschiedliche Ergebnisse zwischen den evaluierten Modellstudiengängen und Standorten in einem Land werden zusätzlich benannt. Die Berichterstattung orientiert sich dabei an den bundeseinheitlichen Evaluationsrichtlinien.

4. Allgemeine Vorbemerkungen der Länder

In ihren Rückmeldungen haben die Länder mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass in Anbetracht der noch kurzen Erfahrungszeit mit den Neuregelungen lediglich erste Erkenntnisse mitgeteilt werden könnten und belastbare Aussagen noch nicht möglich seien. Insbesondere die Modellstudiengänge „Ergotherapie“ an der SRH Hochschule in Heidelberg, „Logopädie“ an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg sowie „Physio- und Ergotherapie“ an der Europäischen Fachhochschule Rhein/Erft (EUFH) Rostock konnten laut Aussage des jeweiligen Standortes nur eingeschränkt evaluiert werden, da diese zum Zeitpunkt der Berichterstattung auf der Basis der Evaluationsrichtlinien noch nicht abschließend durchlaufen waren.

[1] In die Ergebnisse von HE (Physiotherapie, Hebammenkunde) flossen auch die Aussagen des Regierungspräsidiums Darmstadt als die für die Ausbildung, Prüfung und für die Modellvorhaben zuständige Stelle, der Hessischen Krankenhausgesellschaft, der Fachschulen des Gesundheitswesens in den o. g. Berufen, der Fachhochschulen und der entsprechenden Berufsverbände mit ein.

IV. Untersuchungen

1. Untersuchungen von akademischen Erstausbildungen

1.1 Ausbildungsstätten

1.1.1 Welche Voraussetzungen muss die Hochschule erfüllen, um die Genehmigung für eine Modellausbildung zu erhalten?

Die Genehmigung, eine Modellausbildung durchführen zu können, setzt voraus, dass die Vorgaben, die sich aus dem berufsrechtlichen und dem hochschulrechtlichen Rahmen ergeben, durch die Hochschule erfüllt werden. Das gilt insbesondere für die Vorgaben zur Ausbildungsdauer oder zu den Anwesenheitspflichten in bestimmten Fächern, aber auch für hochschuluntypische Regelungen wie die Fehlzeitenregelung. Um als „staatliche Ausbildungsstätte“ anerkannt zu werden, haben die Hochschulen ein Ausbildungskonzept in Form eines Modulhandbuches vorzulegen, welches über Inhalt und Umfang der Ausbildung informiert. Während bei theoretisch-praktischen Modulen Abweichungen von den jeweiligen Vorgaben der APrV mit Blick auf das Ausbildungsziel zu bewerten sind, muss die praktische Ausbildung in allen Berufen den gesetzlichen Vorgaben der jeweiligen APrV entsprechen. Zudem muss ein Organisationsplan für die Prüfungen vorgelegt und eine entsprechende räumliche, personelle und strukturelle Ausstattung nachgewiesen werden.

1.1.2 Wie ist die sachliche und personelle Ausstattung, welche Unterschiede lassen sich dabei zwischen den Hochschulen und Fachschulen erkennen?

a) Sachliche Ausstattung Hochschule versus Fachschule

Die Evaluationsberichte zeigen durchgängig, dass der Raum- und Materialbestand der Hochschulen bei allen durchgeführten Modellvorhaben mindestens dem der Fachschulen entspricht. Darüber hinaus bieten Hochschulen Skills-Labore für den fachpraktischen Unterricht, vielfältige Forschungsmöglichkeiten, einen zeit- und ortsunabhängigen Zugang ins Hochschulnetz, Zugriffsmöglichkeiten auf aktuelle fachspezifische nationale und internationale Veröffentlichungen oder die Möglichkeit von E-Learning-Kursen. Für den Fall, dass Fachschulen in die Umsetzung des Modellvorhabens integriert wurden, wurde in der Regel die vorhandene Ausstattung ausgebaut. Dies galt insbesondere für die räumlichen Möglichkeiten von Bibliotheken sowie deren Bestände, die Digitalisierung personeller und studentischer Arbeitsplätze (z. B. Computerpool, wissenschaftliche Software, Server) und die Forschungslabore. Da Hoch- und Fachschulen meist neben den Modellvorhaben auch in andere Ausbildungsprojekte involviert sind, ist davon auszugehen, dass bei der sachlichen Ausstattung häufig auf bereits vorhandene Strukturen zurückgegriffen werden konnte.

b) Personelle Ausstattung Hochschule versus Fachschule

Ausweislich der Berichte aus den Ländern ist der Personalaufwand an den Hochschulen im Vergleich zu den Fachschulen deutlich erhöht. So sind neben dem Lehrpersonal, welches durchgängig akademisch qualifiziert ist, sogenannte Praxisreferentinnen und -referenten und Studiengangkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren tätig, die ebenfalls über eine akademische Qualifikation mit spezifisch fachlicher oder berufspädagogischer Ausrichtung verfügen. Zusätzliche Ressourcen würden für die Studiums- und Prüfungsorganisation, das Dekanat und höhere Gremien der akademischen Hochschulverwaltung (Senat, Präsidium), umfangreiche Bibliotheken, Referate zur strategischen Weiterentwicklung von Forschung und Lehre an der Hochschule (z. B. Referate für Forschungsförderung, Studiengangentwicklung oder E-Learning) oder IT-Abteilungen benötigt, die unterhalten werden müssen (BB, BW, HE, MV).

1.1.3 Welche Motive haben die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, die sich für die Teilnahme an einer Modellausbildung an einer Hochschule entscheiden? Welche Erwartungen haben sie an die Ausbildung?

Als Hauptmotiv für die Teilnahme an einer Modellausbildung an der Hochschule wurde insbesondere die Erwartung an eine bessere Vorbereitung auf das Berufsleben genannt. Im Einzelnen betraf das die Verbindung von Lehre und Forschung und die Strukturierung der theoretischen und praktischen Ausbildung. Die akademische Qualifikation wurde aber auch mit der Erwartung eines höheren beruflichen Status, einer verbesserten Ausbildungsfinanzierung durch eine mögliche BAföG-Förderung sowie höheren Chancen für die berufliche Weiterentwicklung, auch EU-weit, verbunden. Studierende in HE berichteten, nach dem Abschluss Master- oder Promotionsprogramme durchlaufen, Führungs- oder Abteilungsverantwortung z. B. in Kliniken oder Re-

habilitationseinrichtungen übernehmen zu wollen. Studierende in BE nannten zudem als Motivation die akademische Qualifikation an sich und verwiesen dabei insbesondere auf Fähigkeiten wie Selbstverantwortung oder Zeitmanagement, die im Rahmen eines Studiums entwickelt würden.

1.1.4 Wie und in welchem Umfang kooperieren die Hochschulen bei der Ausbildung mit anderen Einrichtungen?

Alle Hochschulen berichteten über zahlreiche Kooperationen mit verschiedenen Institutionen, die sich insbesondere aus der Notwendigkeit ergeben, die Durchführung der praktischen Ausbildung gemäß den Vorgaben der jeweiligen APrV sicherzustellen. Zur Veranschaulichung werden nachfolgend typische Kooperationen aus verschiedenen Ländern beispielhaft aufgeführt:

In BW wurde im Modellstudiengang Ergotherapie im Theoriebereich von einer Kooperation mit einem Gesundheitszentrum, dem Berufsbildungswerk, einer Praxis für Handchirurgie und dem Bereich „Junges Wohnen“ einer Pflegeinstitution berichtet. Im Bereich der praktischen Ausbildung gibt es Kooperationen mit Akutkrankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen, Praxen für Ergotherapie, sozialen Einrichtungen (Kitas, Schulen und Werkstätten für Menschen mit Einschränkungen) oder einem Sanitätscenter.

Im Modellstudiengang Physiotherapie bestehen in BW im Bereich der praktischen Ausbildung Kooperationen mit Praxen für Physiotherapie, Rehabilitations- und Therapiezentren, Krankenhäusern im Umkreis oder im Ausland (unter anderem Österreich, Schweiz, Spanien), Berufsbildungswerken oder Schulen für körperbehinderte Kinder. Zudem kooperieren die Lehrambulanzen der Hochschulen mit Einrichtungen, die Patientinnen und Patienten an die Ambulanzen verweisen, um deren Räumlichkeiten zu nutzen. Im Bereich der Lehre bestehen Kooperationen mit Sanitätshäusern oder Gesundheitszentren. Darüber hinaus sei man bestrebt, strategische Partnerschaften für den internationalen Lehraustausch und zur Anbahnung von Forschungsprojekten aufzubauen. Die breit angelegte Zusammenarbeit mit den verschiedensten Beteiligten hat dabei das Ziel, die Studierenden frühzeitig mit allen Bereichen einer möglichen späteren Berufstätigkeit in Kontakt zu bringen.

Aus BY wurde im Modellstudiengang Logopädie von Kooperationen mit staatlich anerkannten Fachschulen, sonderpädagogischen Förderzentren, Schulen zur Sprachförderung und Frühförderstellen sowie weiteren inner- und außeruniversitären Einrichtungen wie z. B. Kindergärten, Rehabilitationszentren, logopädischen Praxen, Zentren für Akutbehandlung oder geriatrischen Einrichtungen (Erlangen) berichtet. Zudem bestünden Forschungskooperationen mit Wirtschaft und Gesellschaft sowie Kooperationen mit internationalen Hochschulen, die ein Auslandsemester für die Studierenden ermöglichen (BY). Insbesondere mit den Forschungskooperationen soll dem Wissenschaftsanspruch an eine hochschulische Ausbildung Rechnung getragen werden, worin sich ein wesentlicher Unterschied zwischen einer akademischen und der fachschulischen Qualifikation zeigt.

HE kooperiert im Modellstudiengang Hebammenkunde mit 18 Versorgungseinrichtungen. Hierzu zählen unter anderem geburtshilfliche Kliniken, Geburtshäuser, Hebammenpraxen und Kinderkliniken (HE). Die Vielzahl der Einrichtungen ergibt sich im hessischen Beispiel aus dem hohen Praxisanteil (3000 Stunden praktische Ausbildung), der bei der Hebammenausbildung vorgesehen ist.

Neben den genannten Einrichtungen arbeiten Hochschulen mitunter auch mit Fachschulen zusammen. So berichten BE und MV von einem ausbildungsintegrierenden Konzept, in welchem eine enge und vertraglich festgelegte Kooperation mit den Fachschulen für die praxisbezogenen Studienanteile besteht, die auf einem von der Hochschule entwickelten einheitlichem Curriculum basiert.

Besonders hinzuweisen ist auf die Berichterstattung aus NW. Dort wurden die elf genehmigten Modellstudiengänge in drei Modelltypen eingeteilt. Sie unterscheiden sich durch den Umfang, in dem sie mit Fachschulen kooperieren.

Bei Modelltyp A handelt es sich um einen Studiengang, der ohne Beteiligung einer Fachschule konzipiert und durchgeführt wird. Dieses Modell wurde lediglich an einer Hochschule angeboten.

Bei Modelltyp B kooperierten die Hochschulen mit Fachschulen. Diesen Modelltyp gibt es in drei Varianten. In der Variante B.1 waren die Fachschulen als Lehrbeauftragte und/oder bei der Entwicklung von Ausbildungscurricula beteiligt, während die Lehre ausschließlich im hochschulischen Kontext stattfand. Die zweite Variante (B.2) beinhaltete ein gemeinsam von der Hochschule sowie einer Fachschule entwickeltes Curriculum, welches in gemeinsamen Ausbildungsveranstaltungen vermittelt wurde. Dabei wurden außerdem die Berufsabschlussprüfungen in das hochschulische Curriculum integriert. Bei der dritten Variante (B.3) schließlich wurde der Modellstudiengang gemeinsam mit der Fachschule von der Hochschule erarbeitet. Die Ausbildung erfolgte dann jedoch unter Verteilung der Aufgaben zwischen Hochschule und Fachschule sowie einer wechselseitigen

Anerkennung der jeweiligen Ausbildungsleistungen. Die Mitwirkung der Fachschule endete bei dieser Variante mit dem Berufsabschluss. Wissenschaftliche, interdisziplinäre und erweiterte Kompetenzen wurden von der Hochschule ergänzt und in den Studienabschluss einbezogen. Bei diesem Modell sind die Fachschulen im Ergebnis relativ selbstständig geblieben.

Bei Modelltyp C schließlich wurden die Studierenden in die Ausbildungsgruppen der Fachschulen fest integriert, erhielten aber für präsenzpflichtige Ausbildungsbestandteile des Studiums eine Freistellung (weitgehende Selbstständigkeit der Fachschulen.)

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit externen Praxiseinrichtungen variierten die von NW aufgezeigten Modelle stark. Während beim Modellstudiengang im Modell A unmittelbare Kooperationen mit Betrieben eingegangen wurden, hatten die Hochschulen, die dem Modell B zugeordnet wurden, eigene Organisationseinheiten geschaffen, die für die Durchführung bestimmter Ausbildungsbestandteile zuständig waren. Alternativ haben sie diese Aufgabe auch teilweise in unterschiedlichem Umfang an die Fachschulen abgegeben. Im Falle des Modells C waren die Fachschulen vollständig für die Praxisausbildung verantwortlich.

Ein wichtiges Potenzial der B-Modelle wird laut NW darin gesehen, dass die Fachschulen an dem Prozess der Akademisierung partizipieren und für ihn gewonnen werden können. Darüber hinaus besteht die Chance einer Rückkopplung der an der Hochschule gewonnenen Erkenntnisse zu den fachschulischen Ausbildungen, die von den gewonnenen Erkenntnissen profitieren können. Studiengänge, die dem Modell C folgen, seien laut NW kritisch zu sehen, da die hochschulische und die berufliche Ausbildung letztlich nebeneinander herlaufen und sich kaum aufeinander beziehen würden.

1.1.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Ausbildungsstätten

Die Akademisierung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen erfordert, soweit sie sich wie in den modellhaften Erprobungen vorgesehen, an die vorhandenen berufsrechtlichen Vorgaben anlehnt und darüber hinaus hochschulrechtliche Vorgaben berücksichtigen muss, eine umfangreiche sachliche und personale Ausstattung der ausbildenden Hochschulen, die die sachlichen und personalen Ausstattungen der Fachschulen deutlich übersteigt. Andererseits ermöglicht das Plus an Räumlichkeiten, Lehrangeboten und Personal, welches an Hochschulen erforderlich ist, den Studierenden vertieftere wissenschaftliche Kompetenzen zu vermitteln oder interdisziplinärer unterrichten zu können (BY) als es bei einer fachschulischen Ausbildung möglich ist. Um die erforderliche praktische Ausbildung zu gewährleisten, sind zudem Kooperationen mit verschiedensten Einrichtungen zwingend nötig. Allerdings benötigen bisher auch schon die Fachschulen zum Teil Kooperationsverträge mit Einrichtungen der praktischen Ausbildung, um deren Durchführung nach den gesetzlichen Vorgaben zu gewährleisten.

1.2 Struktur und Organisation der Ausbildung

Die gesetzliche Regelausbildungszeit beträgt drei Jahre. Die vom Verordnungsgeber festgelegte Mindeststundenzahl unterscheidet sich bei den einzelnen Berufen. Üblicherweise besteht die vorgegebene Ausbildung aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung. Die Ausbildungsinhalte sind, ebenso wie die Verteilung der Stunden auf die einzelnen Fächer und die Gebiete der praktischen Ausbildung, in der Anlage 1 zur APrV vorgegeben. Abweichungen von den Vorgaben der Verordnung erlaubt der Gesetzgeber nur für den theoretischen und praktischen Unterricht. Bei einer Ausbildung an Hochschulen wurden folgende Fragen beantwortet:

1.2.1 Allgemeine Fragen

1.2.1.1 Ist eine dreijährige Ausbildung für eine qualifizierte Patientenversorgung ausreichend?

Ausweislich der Evaluierungsberichte wurde eine dreijährige Ausbildungsdauer für eine akademische Qualifikation in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie für eine qualifizierte Patientenversorgung als machbar angesehen. Soll sich ein hochschulischer Abschluss der Ausbildung jedoch von dem fachschulischen Abschluss qualitativ unterscheiden und sollen zudem zusätzliche akademische Inhalte vermittelt werden, wird eine längere Ausbildungszeit mehrheitlich befürwortet. Dementsprechend schlagen die Evaluierungsberichte unter Berücksichtigung der in den aktuellen berufsgesetzlichen Regelungen vorgesehenen Praxiszeiten und in Verbindung mit den hochschulischen Anforderungen an einen Bachelorstudiengang (Wissenschaftlichkeit) als Regelstudienzeit mindestens sieben Semester bzw. 210 ECTS-Punkte für einen primärqualifizierenden Studiengang vor.

Für die Hebammenkunde empfehlen die beiden Hochschulstandorte mit akademischen Erprobungen (HE, NW) eine Verlängerung der Ausbildungszeit auf acht Semester. Damit soll eine Angleichung der Arbeitsbelastung während des Studiums an die Arbeitsbelastung in anderen Studiengängen unter gleichzeitiger Sicherstellung der vorgeschriebenen praktischen Ausbildung erreicht werden. Zusätzlich können – dem Ziel einer akademischen Ausbildung entsprechend – zumindest zwei Drittel der ECTS-Punkte theoriebasiert erworben werden (NW).

1.2.1.2 Welche inhaltlichen Unterschiede gibt es bei der Ausbildung an der Hochschule im Vergleich zur Fachschule?

Nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen sind die Fachschulabschlüsse der Niveaustufe 4, Bachelorabschlüsse hingegen der Niveaustufe 6 zugeordnet. Das Ablegen der staatlichen Prüfung zum Erlangen der Berufserlaubnis stellt sicher, dass an Hoch- und Fachschule in Bezug auf das zu vermittelnde Wissen ein analoges Niveau erreicht wird. Im Vergleich zu den Fachschulen bieten die Hochschulen jedoch in der Regel zusätzliche Inhalte an, die in der Fachschulausbildung nicht gefordert werden. Dazu zählen z. B. Kenntnisse und Fähigkeiten zur Recherche, Gewinnung und Anwendung von wissenschaftlichem Wissen, das Verstehen sozialer Interaktionsprozesse im therapeutischen Setting oder das Wissen um die Bedeutung und die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Professionen sowie der Erwerb von Kenntnissen über relevante Bezugswissenschaften (z. B. der Medizin, den Sozial- und Geisteswissenschaften oder den Rechtswissenschaft [BY, HE, NW]).

Als weitere inhaltliche Unterschiede der hochschulischen gegenüber einer rein fachschulischen Ausbildung werden die Förderung von Soft-Skills, der umfänglichere Erwerb von fachenglischen Kenntnissen und die Möglichkeit zur individuellen Schwerpunktsetzung in Form von Wahlpflichtmodulen, die z. B. die Kenntnisse zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder vertiefen, genannt.

1.2.1.3 Welche Auswirkungen hat eine Hochschulausbildung auf die Organisation und Struktur der Ausbildung?

Von allen Modellstudiengängen wird einheitlich berichtet, dass die in den APrVen jeweils vorgesehene Aufteilung des theoretischen und praktischen Unterrichts in einzelne Fächer zugunsten einer modularisierten Aufteilung der jeweiligen Ausbildungsinhalte an den Hochschulen aufgegeben wurde. Dabei sind die Inhalte der einzelnen Module kompetenzorientiert angelegt und nicht wie in der fachschulischen Ausbildung an Schuljahre gebunden.

Über den Umfang der Ausbildung wird berichtet, dass dieser sich bedingt durch die Studienstruktur deutlich vom Umfang der Fachschulausbildung unterscheide. Ursache hierfür ist, dass sich der Lehrbetrieb an Hochschulen – anders als an den Fachschulen – üblicherweise in Kontaktzeiten (theoretischer und praktischer Unterricht) und Selbstlernzeiten aufteile (MV). Dies werde normalerweise bei der Festlegung des Studienumfangs berücksichtigt (BW, BY, HE). Bei den vorliegenden Modellen seien aber durch die gesetzlichen Vorgaben die Kontaktzeiten für den theoretischen und praktischen Unterricht bereits vorgegeben. Nicht nur die inhaltlich höheren Anforderungen an die Studierenden, sondern auch die umfänglichen Selbstlernanteile im Studium hätten eine deutlich höhere Stundenbelastung zur Folge.

Auch die umfangreiche praktische Ausbildung an Patientinnen und Patienten führe dazu, dass die Vorlesungszeit inhaltlich stark verdichtet sei (BE) und Studierende in den Modellvorhaben im Vergleich zu anderen Studiengängen nicht die übliche vorlesungsfreie Zeit zur Verfügung hätten (BE, BW, BY). Daran ändere der ihnen zustehende Urlaubsanspruch nichts (HE). Sofern man, um dem entgegenzuwirken, überlege, ein Praxissemester einzuführen, könnte es problematisch sein, für alle Studierenden geeignete Ausbildungsplätze für die praktische Ausbildung in den Fachabteilungen der Krankenhäuser und sonstigen beteiligten Einrichtungen zu finden (BB, HE).

Neben den Ausbildungsveranstaltungen ergibt sich aus den Berichten zudem eine Verdopplung der Prüfungsbelastung der Studierenden und der Lehrenden. Sie folgt einerseits aus der Verpflichtung, neben dem hochschulischen Studienabschluss (Bachelorarbeit) die staatliche Prüfung ablegen zu müssen. Zum anderen folgt sie aus der modularisierten Organisation des Studiums, da die einzelnen Module in der Regel mit zugehörigen Modulprüfungen abgeschlossen werden müssen.

Die dargestellten Schwierigkeiten hinsichtlich der Transformation der Fachschulausbildung in eine Hochschulausbildung wurden darauf zurückgeführt, dass sich das Hochschulrecht zum Teil wesentlich von den gesetzlichen Vorgaben der Berufsgesetze, der APrVen und den zusätzlichen länderinternen Vorgaben für die Fachschulen unterscheide.

1.2.1.4 Wie werden die einzelnen Ausbildungsbestandteile im Kontext der Gesamtausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Die Evaluierungsberichte zeigen als überwiegende Auffassung der Hochschulen, dass sie sich im theoretischen und praktischen Unterricht wegen ihrer personellen, sachlichen und räumlichen Ausstattung sowie aufgrund des angebotenen kritischen und wissenschaftlich reflektierten Unterrichts gegenüber den Fachschulen im Vorteil sehen. Die hochschulische Ausbildung sei damit als die bessere Ausbildung zu bewerten (BY, HE, NW sowie länderübergreifend der Bericht der Hochschule Fresenius).

Demgegenüber hat die präsenzorientierte Wissensvermittlung an der Fachschule aus Sicht der Staatlichen Prüfungskommission in BW bei den wissensvermittelnden Fächern Vorteile gegenüber dem lernfeldorientierten, modularen Lernansatz eines Studiums. Hervorzuheben seien hierbei insbesondere der hochschulreifeunabhängige Zugang zur Ausbildung, die Möglichkeit, individuelle Defizite der Auszubildenden erkennen und darauf reagieren zu können sowie die enge Zusammenarbeit der an der Ausbildung Beteiligten, die im Ergebnis den Berufseinstieg erleichtere.

Was die Einbindung der praktischen Ausbildung betrifft, so sprachen die Evaluierungsberichte sich einheitlich für eine Beibehaltung der Verzahnung von theoretischen und praktischen Ausbildungsbestandteilen aus. Es gelte, den Praxisbezug auch in der akademisierten Ausbildung in ausreichender Form zu gewährleisten, damit das Ausbildungsziel erreicht werden könne.

1.2.1.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zu Struktur und Organisation der Ausbildung

In der Zusammenfassung zeigen die Ergebnisse der Modelle einhellig, dass ein primärqualifizierender Studiengang in der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie eine Regelstudienzeit von mindestens sieben Semestern sinnvoll macht. Für die Hebammenkunde werden acht Semester veranschlagt. Eine solche Aufstockung der Ausbildungszeit wird als erforderlich angesehen, um neben den bisherigen Ausbildungsinhalten auch zusätzliche akademische Kompetenzen vermitteln zu können und gleichzeitig die Arbeitsbelastung während des Studiums an die Belastung in anderen Studiengängen anzugleichen.

Im Vergleich zu den Fachschulen zeichnen sich hochschulische Ausbildungen durch den Erwerb vertiefter wissenschaftlicher, klinisch-fachlicher und interpersoneller sowie interprofessioneller Kompetenzen aus.

Die Evaluierungsberichte zeigen jedoch auch erkennbare Schwierigkeiten bei der Umgestaltung der schulischen Ausbildungen in die hochschulischen Strukturen. So sind aus den Fächern des theoretischen und praktischen Unterrichts modularisierte Hochschulcurricula zu entwickeln. Zudem wirkt sich die umfängliche praktische Ausbildung an Patientinnen und Patienten nachteilig auf die üblichen vorlesungsfreien Zeiten aus. Darüber hinaus steigen die Prüfungsbelastungen an.

1.2.2 Fragen zu den Lehrveranstaltungen an der Hochschule

1.2.2.1 Wie und in welchem Umfang wird von den Vorgaben zum theoretischen und praktischen Unterricht abgewichen?

Die Evaluationsberichte weisen aus, dass der theoretische und praktische Unterricht teilweise umstrukturiert und z. B. um Aspekte der Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasierung therapeutischer Interventionen erweitert wurde. Gemessen an dem studentischen Arbeitsaufwand, der sich aus Präsenz- und Selbstlernzeiten zusammensetzt, wurde übergreifend in allen Berufen bei den meisten Fächern die von der jeweiligen APrV geforderte Stundenzahl überschritten.

Soweit durch die Umstrukturierung bestimmte Lerninhalte in einzelnen Fächern reduziert wurden, sind sie, wenn sie für das Bestehen der staatlichen Prüfung relevant waren, oft in einem anderen Kontext wie zum Beispiel in Vorphasen zum Studium vermittelt worden.

1.2.2.2 In welchen Formen werden Lehrveranstaltungen durchgeführt; welche Lehr- und Lernmethoden werden dabei eingesetzt?

Bei den hochschulischen Modellen wurden die vorgegebenen Ausbildungsinhalte des theoretischen und praktischen Unterrichts in Ausbildungsmodule umgewandelt. Sie verfolgen das Ziel eines kompetenzorientierten Wissenserwerbs, der theoretisch und praktisch erfolgt. Er führt im Ergebnis dazu, dass bei der hochschulischen Ausbildung einige Fächer anders gewichtet werden. Teilweise tauchen die Bezeichnungen bisheriger Fächer in den Modulen aber auch gar nicht mehr auf. Diese Veränderungen wurden als ein Perspektiven- und Paradigmenwechsel beschrieben, bei dem sich die Lehre nicht am Input, d. h. an den Arbeitsschwerpunkten der Lehrenden, sondern am Output, d. h. an den zu entwickelnden Kompetenzen der Studierenden, orientiere (NW).

Ein Modul beinhaltet in der Regel mehrere Lehrveranstaltungen, die als Vorlesung, Übung, Projektarbeit, praktische Unterrichtseinheit (Lernen am Modell), begleitendes Kolloquium, Seminar, Training, Exkursion und Tutorial angeboten werden. Um unterschiedliche Lernziele zu erreichen, können in einem Modul auch zwei oder mehr Lehr-, Lernformen verknüpft werden. So ist es denkbar, dass etwa zu Beginn das notwendige Grundlagenwissen überwiegend in Vorlesungsform vermittelt wird, während sich im weiteren Verlauf der methodische Schwerpunkt der Lehrveranstaltung auf Übungen, Kleingruppen- oder Projektarbeiten verschiebt. Dabei kommen verschiedene Lehr- und Lernmethoden zum Einsatz:

- darbietende Lehrverfahren (Vorträge, Video, praktische Darbietungen, Erklärungen, Referate),
- Gesprächsverfahren (Lehrgespräche, gelenkte Lehrgespräche, Teilnehmergespräche, Gruppengespräche),
- aktivierende Lehrerfahrungen (entdeckendes und handlungsorientiertes Lernen, problemorientierte Fallarbeit [POL], interdisziplinäre Fallarbeit, Fallvisiten, Rollenspiele, Fallbeispiele, Planspiele, selbstständiges Lernen, Projekte und E-Learning).

Im Falle des E-Learnings sind besondere Unterrichtsmaterialien, Lernmodule, Online-Tests bis hin zu themenbezogenen Diskussionsforen oder Chats mit den betreuenden Lehrenden erforderlich, die bereitgestellt werden müssen. Generell zeigt sich in allen Angeboten eine Tendenz zum anwendungsbezogenen Lernen.

Welche Form die oben genannten Lehrveranstaltungen im Einzelnen haben, orientiert sich in der Regel am Kompetenzprofil des jeweiligen Curriculums der einzelnen Module. In der Regel werden zur Vermittlung theoretischer Inhalte eher frontale Unterrichtsmethoden eingesetzt, während bei Inhalten, deren Ziel die Vermittlung von Handlungskompetenzen ist, vor allem interaktive und praktische Methoden angeboten werden. Möglich ist auch die Gestaltung der Lehrveranstaltungen und Modulprüfung nach dem CORE-Prinzips (Competence Oriented Research and Education), angewandt für die Studiengänge Ergotherapie und Physiotherapie in BW. Beim CORE-Prinzip orientieren sich die Lehr- und Prüfungsmethoden stets an den zu erwerbenden Kompetenzen. Dabei befassen sich die Studierenden unter intensiver Betreuung durch Lehrende in fünfwöchigen Blöcken gezielt mit praxisnahen Aufgaben.

1.2.2.3 Wie unterscheiden sich die Lehrveranstaltungen an der Hochschule vom Unterricht an der Fachschule?

Den Evaluationsberichten zu Folge liegt der größte Unterschied in der Vermittlungsform des Lehrstoffs, welcher in Fachschulen in einzelne Fächer unterteilt ist und überwiegend nach einem genauen Ablauf in Form von Frontal- oder Gruppenunterricht vermittelt wird. In der Hochschule werden dagegen die Fächer des theoretischen und praktischen Unterrichts in Module unterteilt. Inhaltlich sind die Module kompetenzorientiert angelegt, wobei unterschiedlichste Lehr- und Lernformen (siehe Punkt 1.2.2.2) genutzt werden. Darüber hinaus werden an den Hochschulen – anders als an den Fachschulen – bisweilen interdisziplinäre Module zur Vermittlung von berufsübergreifendem Grundlagenwissen (z. B. Ergotherapie, Logopädie und/oder Physiotherapie) angeboten.

1.2.2.4 Wie wird bei den Lehrveranstaltungen an der Hochschule ein praxisnahes Lehren und Lernen gewährleistet?

An den Hochschulen ergänzen sich in der Regel theoretische und praxisnahe Lehrveranstaltungen in den entsprechenden Modulen, wobei der Vermittlungsweg stets am theoretischen Modell beginnt und sich dann der Praxis zuwendet.

Vertiefend werden Tutorien angeboten, die

- praktische Lehrinhalte aufarbeiten oder trainieren (MV – Physiotherapie und Logopädie, BY – Physiotherapie),
- Praxisprojekte und Präsentationsaufgaben (SL – Ergotherapie) umfassen,
- Hospitationen bei Therapien durch Studierende höherer Semester und durch Berufserfahrene (BY – Logopädie) beinhalten.

Hinzukommen Fallvorstellungen und Fallseminare, in denen digitalisierte anonymisierte Fälle oder reale Patientenbehandlungen gezeigt und analysiert werden (BW, BY, HE – Hebammenkunde, Physiotherapie).

In NW wird praxisnahes Lehren und Lernen durch eine Hospitation an der Lehr- und Forschungsambulanz der Hochschule, (Ausbildungs-) Supervisionen, Transferaufgaben und Praxisprojekten oder den Besuch von Skills-Labs bzw. Simulationszentren sowie den intensiven Austausch von Studierenden, Lehrenden und Praxisanleiterinnen bzw. -anleitern gewährleistet.

Darüber hinaus bereiten Praxisanleiterinnen und -anleiter oder Hochschullehrkräfte mit Berufserfahrung die Studierenden auf die praktische Ausbildung vor (BE, HE, SL – Hebammenkunde, Physiotherapie). Mitunter beginnt die praktische Ausbildung sogar bereits parallel zum theoretischen Unterricht und erstreckt sich dann über das gesamte Studium (BY – Logopädie). Die enge Zusammenarbeit mit den Kooperationseinrichtungen ermöglicht Lehrenden darüber hinaus einen Austausch von Erfahrungen aus den verschiedenen Lehr- und Lernsituationen, so dass sie ihre methodisch-didaktischen Vorbereitungen, insbesondere für die praktischen Lehrveranstaltungen, regelmäßig anpassen können (HE – Hebammenkunde, Physiotherapie).

1.2.2.5 Über welche Qualifikationen verfügt das Lehrpersonal an der Hochschule, insbesondere wie ist der Anteil der Lehrenden mit jeweils einschlägigen berufsspezifischen Qualifikationen?

Das Lehrpersonal an den Hochschulen setzt sich überwiegend aus Professorinnen und Professoren, Lehrkräften für besondere Aufgaben, wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern und Angehörigen der jeweiligen Fachberufe zusammen. Alle Lehrenden weisen einschlägige berufsspezifische und akademische Qualifikationen auf. Die berufsspezifische Qualifikation beinhaltet in der Regel mehrjährige fachpraktische Erfahrungen in dem jeweiligen Bereich, meist auch einen fachschulischen Abschluss. Die akademische Qualifikation entspricht je nach Unterrichtsschwerpunkt in der Regel einer Habilitation oder Promotion (vor allem für den theoretischen Unterricht) oder einem Bachelor-/ Masterabschluss oder Diplom (vor allem für den praktischen Unterricht). Dabei achten die Hochschulen in der Regel darauf, dass der Abschlussgrad der Dozierenden mit dem angestrebten Abschlussgrad der Studierenden jeweils mindestens gleichwertig ist.

Professoreninnen und Professoren, die insbesondere wissenschaftlich-theoretische Inhalte lehren, können Personen zur Seite gestellt werden, die berufsfachliche Expertise mitbringen, um mit ihnen therapeutisch-praktische Fragen abzuklären (MV – Ergotherapie, Logopädie).

1.2.2.6 Wie werden die Lehrveranstaltungen als Bestandteil der Ausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Die hochschulische Ausbildung wird im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung als stärker kompetenzorientiert und inhaltlich umfassender bewertet. Dabei werden insbesondere interdisziplinäre Aspekte hervorgehoben, die sich in der Zusammenarbeit mit anderen Studiengängen zeigen. Zudem wird auf den stetigen Transfer der Theorie in die Praxis hingewiesen. Auch sei die akademische Ausbildung durch eine stärkere Aktivierung des eigenständigen Lernens gekennzeichnet. Schließlich wird in der Hochschulausbildung eine größere Chance gesehen, Führungskräfte auszubilden. In der Fachschulausbildung gehe es hingegen mehr um die Befähigung zu einer auf solider fachlicher Grundlage durchgeführten praktischen Arbeit am und mit den Patientinnen und Patienten (BB, BW – Physiotherapie).

Kritik äußert NW dahingehend, dass es aufgrund der derzeitigen strukturellen und inhaltlichen Gestaltung der Lehrveranstaltungen die Gefahr einer Verschulung der Studiengänge sehe. Die Studiengänge würden zu oft Lehrgängen ähneln, die zwar eine Orientierung und Unterstützung in der Persönlichkeitsentwicklung ermöglichten, aber kaum Freiräume für eine individuelle Gestaltung des Studiums im Sinne hochschulischer Bildung ließen.

1.2.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Lehrveranstaltungen an der Hochschule

Aus den Fächern des theoretischen und praktischen Unterrichts werden bei der akademischen Ausbildung Module geschaffen, die auf ein kompetenzorientiertes Lernen angelegt sind. Einzelne Lernbereiche wurden um akademische Inhalte ergänzt. Theoretischer und praxisnaher Lehrstoff baut im Lehrplan aufeinander auf und wird durch akademisch qualifiziertes Lehrpersonal, welches meist über eine mehrjährige therapeutische Berufserfahrung verfügt, vermittelt. Zum Einsatz kommen dabei vielfältige Lehr- und Lernmethoden, die zu einem selbstorganisierten Lernen und einer eigenverantwortlichen Haltung gegenüber dem eigenen Lernprozess befähigen sollen. Lehr- und Lernformen sowie die Prüfung des im jeweiligen Modul erworbenen Wissens werden dem zu erreichenden Ausbildungsziel angepasst.

Bei den Lehr- und Lernmethoden ist eine Tendenz zum anwendungsbezogenen Lernen ersichtlich. Solche aktivierende Lernerfahrungen nehmen an den Hochschulen deutlich mehr Platz ein als an den Fachschulen. Um möglichst viele Kompetenzbereiche abdecken zu können, wird empfohlen verschiedene praxisorientierte Lehr- und Lernformen einzusetzen.

In der curricularen Strukturierung der Module, die inhaltlich zwischen den Hochschulen stark variieren können, werden nicht nur Vorteile gesehen. Da sich die Ausbildungsveranstaltungen stark unterscheiden können, wird die Anerkennung von in anderen Studiengängen erworbenen Leistungen und damit die Mobilität der Studierenden erschwert.

1.2.3 Fragen zur praktischen Ausbildung

1.2.3.1 Wie und in welcher Form stellen die Hochschulen die praktische Ausbildung an Patientinnen und Patienten sicher?

In der Regel erfolgt die Organisation der praktischen Ausbildung durch die Hochschulen und wird von speziell modulverantwortlichen Professoreninnen bzw. Professoren und Praxisreferentinnen bzw. -referenten oder auch durch die kooperierenden Fachschulen (BY, NW) verantwortet. Dabei haben die verantwortlichen Personen oder Einrichtungen unter anderem die Aufgabe sicherzustellen, dass Erfahrungen mit den verschiedenen Versorgungssystemen sowie den verschiedensten Krankheitsbildern und Behandlungsmethoden gesammelt werden können.

Soweit Einrichtungen außerhalb der Hochschulen an der Durchführung der praktischen Ausbildung beteiligt sind, wird ein Kooperationsvertrag geschlossen, in dem die fachlichen und organisatorischen Verpflichtungen dieser Einrichtungen einschließlich ihrer Aufgaben insbesondere in der Praxisanleitung geregelt sind. Zudem existiert häufig eine „Praktikumsordnung“, in der der Umfang und die Organisation der praktischen Ausbildung einschließlich der Vorgaben an die Einrichtung, die Inhalte der Ausbildung im Einzelnen und die Verpflichtung zur Betreuung der Studierenden geregelt sind. Sie enthalten gegebenenfalls auch die Vorgaben zu den zugehörigen Modulprüfungen mit den erforderlichen Leistungsnachweisen. Die Durchführung der praktischen Ausbildung auf der Grundlage der vereinbarten Vorgaben ist dann Aufgabe der jeweiligen Einrichtung.

Soweit Hochschulen zur Durchführung der praktischen Ausbildung mit unterschiedlichen Einrichtungen zusammenarbeiten, haben die Studierenden mitunter die Möglichkeit, ihre Einsatzorte zu wählen und hierdurch spezielle Ausbildungsschwerpunkte zu setzen. Die Zuteilung der Einsatzorte erfolgt jedoch in aller Regel durch die Praxiskoordinatorinnen und -koordninatoren.

Die Studierenden werden in der Regel durch Mentorinnen und Mentoren oder Praxisanleiterinnen und -anleiter am Praxisort betreut und von Lehrenden der Hochschule kontinuierlich am Praxisort besucht. Dabei stehen die Praxisanleiterinnen und -anleiter der Einrichtungen und das Lehrpersonal der Hochschule oft in einem gegenseitigen Austausch. Die praktische Ausbildung wird in Form von Berichten und Beobachtungsprotokollen durch das Lehrpersonal je nach Hochschule in einem unterschiedlichen Maß dokumentiert.

1.2.3.2 Wie wird die praktische Ausbildung organisiert (z. B. Praxisblöcke oder Praxissemester)?

Die praktische Ausbildung wird in der Regel modulbezogen durchgeführt. Dabei stehen praktische Studienphasen mit vorbereitenden fachpraktischen Lerneinheiten und begleitenden Lern- und Praxisaufgaben sowie Reflexionsseminaren in Verbindung. Sie umfasst mindestens vier Module (vereinzelt werden über 10 Module veranschlagt), die zeitlich teilweise über alle, teilweise nur über die höheren Semester, verteilt werden.

Soweit einzelne Praxismodule Blockpraktika enthalten, werden diese entweder im Wechsel mit Theoriephasen teilweise studienbegleitend, teilweise in Vollzeit abgeleistet. Vollzeitphasen finden sich eher am Ende der Vorlesungszeit oder in der vorlesungsfreien Zeit. Oft ist es möglich, ein Modul im Ausland zu absolvieren (BE, BW, BY; MV, SL).

Die Dauer der Module variiert von vier bis 15 Wochen pro Studienjahr oder entspricht einem kompletten Semester.

Die praktischen Tätigkeiten in den Kooperationseinrichtungen werden als Präsenzstunden gewertet, während die selbständige Erarbeitung und die Reflexion der Praxisphasen als zugehörige Selbstlernzeiten gelten (NW).

1.2.3.3 Wie wird der Stellenwert der praktischen Ausbildung als Bestandteil der Ausbildung und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Der praktischen Ausbildung wird in allen Modellstudiengängen mehrheitlich ein hoher Stellenwert zugeschrieben (BE, BY, HE, MV, SL). Nur vereinzelt wird angemerkt, dass die Qualität der praktischen Ausbildung an der Hochschule im Vergleich zur Fachschule geringer sei. Als Ursachen werden in diesen Fällen Mängel in der Praxisanleitung, zu häufige Wiederholungen oder eine weniger auf die praktische Berufsausübung ausgerichtete Ausbildungsplanung und -umsetzung (BW – Physiotherapie) genannt.

Während einige Hochschulen die Auffassung vertreten, dass eine Verkürzung der praktischen Ausbildung zu einer Verschlechterung der Ausbildungsqualität führen würde, postulieren andere, dass der Gesamtumfang der Praxis auf die Hälfte der bisherigen Stundenzahlen gekürzt werden könne (insbesondere HE, Fachschule Fulda). Dies sei möglich, wenn die Studierenden Berufspraktika absolvieren würden, die durch freigestellte Praxisanleiterinnen und -anleiter angeleitet würden. Die Studierenden wären damit weniger als Arbeitskräfte in der Ausbildung einsetzbar. Nach Abschluss eines dreijährigen wissenschaftlichen Studiums solle zudem ein bezahltes, praktisches Anerkennungsjahr durchgeführt werden. Dem stellt NW entgegen, dass zunächst auf der Basis einer wissenschaftlichen Evaluation geprüft werden müsse, ob eine Reduktion der berufsgesetzlich in Deutschland vorgesehenen Praxiszeiten fachlich überhaupt möglich sei, auch wenn sie zugunsten einer stärkeren Gewichtung der theoretischen und wissenschaftlichen Studienanteile erfolge.

1.2.3.4 Sind während der praktischen Ausbildung Unterschiede zwischen Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern an Hochschulen und Schülerinnen und Schülern an Fachschulen festgestellt worden? Wenn ja, welche? Welche Ursachen gibt es für die Unterschiede?

Ausgehend von der Zielrichtung der praktischen Ausbildung wird mehrheitlich berichtet, dass Studierende gegenüber Fachschülerinnen und Fachschülern über höhere Kompetenzen verfügten. Studierende seien eher befähigt, wissenschaftlich und selbstständig zu arbeiten. Dies zeige sich in der Fähigkeit, die Krankheitsbilder zu befunden, vorhandene klinische Erfahrungen mit den aktuellsten medizinischen Erkenntnissen abzugleichen und in Abwägung mit den Patientinnen und Patienten Entscheidungen über die angemessene Behandlung zu treffen. Darüber hinaus würden Studierende bessere Fähigkeiten im Recherchieren, Auswerten und Evaluieren von Informationen zeigen und analytischer, interdisziplinärer, prozessorientierter und strukturierter an die Behandlung herangehen. Auch verfügten Studierende im Vergleich zu den Fachschülerinnen und Fachschülern über deutlich ausgeprägtere Strategien zur Problemlösung und könnten besser fachsprachlich kommunizieren. Letzteres zeige sich insbesondere in einem stärkeren Selbstbewusstsein im Gespräch mit Ärzten. Zudem würden Studierende verstärkt Maßnahmen, Prozesse, Strukturen und ihr eigenes Handeln reflektieren und in der Praxis eher Veränderungsprozesse initiieren. Darüber hinaus seien sie eher befähigt, die Situation der Patientinnen und Patienten ganzheitlich zu betrachten, was sich positiv auf die Zusammenarbeit auswirken würde.

Soweit es die Fachschülerinnen und Fachschülern betrifft, wird ausgeführt, dass diese über mehr Sicherheit in der fachspezifischen Diagnostik und in den Variationen und verschiedenen Techniken bei der Durchführung einzelner Behandlungsmethoden verfügten. Auch seien sie in der praktischen Anwendung einiger Behandlungstechniken geübter. Letzterem wird entgegengehalten, dass das anfänglich geringere therapeutische Handlungsrepertoire von Studierenden durch vielschichtige und kompetenzorientierte Lernprozesse kompensiert werde. Damit seien Studierende eher als Fachschülerinnen und Fachschülern in der Lage, ihre theoretischen Kenntnisse in praktische Handlungskompetenzen umzusetzen (HE – Physiotherapie).

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen Studierenden und Fachschülerinnen und Fachschülern wird in dem Weg gesehen, wie sie den klinischen Prozess gestalten. Während Studierende theoretisch geleitet vorgingen, würden Fachschülerinnen und Fachschülern das Prinzip des Erkennens von Mustern („pattern recognition“) anwenden (MV – Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie). Hierfür sei die Art der Wissensvermittlung

ursächlich. So profitierten Studierende gerade in diesen Situationen sehr von dem „problemorientierten Lernen" und „situativer Selbsterfahrung", „Supervision", „Projektarbeit" oder berufsübergreifend vermittelten Studieninhalten (SL – Ergotherapie, Physiotherapie).

NW führt an, dass sich der Unterschied zwischen den Studierenden und den Fachschülerinnen bzw. Fachschülern am ehesten im Selbstbild der Studierenden und in der Fremdwahrnehmung durch Kollegen im Praxisumfeld zeige. Die länderübergreifende Analyse der Modellstudiengänge der Hochschule Fresenius gibt hierzu an, dass positive Effekte einer hochschulischen Bildung besonders von an der Ausbildung beteiligten oder in der Praxis tätigen Personen wahrgenommen würden, die selbst akademisch qualifiziert seien. Fachkräften ohne hochschulische Ausbildung falle es hingegen eher schwer, insbesondere auf der Ebene der „klinischen Kompetenz", Unterschiede zwischen Studierenden und Fachschülerinnen bzw. Fachschülern zu erkennen.

1.2.3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zu der praktischen Ausbildung

Die praktische Ausbildung variiert in ihrer Organisation und Gestaltung bei den einzelnen Modellstudiengängen stark. In allen Studiengängen konnten jedoch die berufsrechtlichen Vorgaben in Bezug auf die praktische Ausbildung umgesetzt werden.

In der Regel erfolgt die Organisation der praktischen Ausbildung durch die Hochschulen oder durch kooperierende Fachschulen. Dabei wird sichergestellt, dass die Studierenden in den modularisierten praktischen Studienphasen Erfahrungen in verschiedenen Versorgungssystemen und mit verschiedenen Krankheitsbildern sowie Behandlungsmethoden sammeln können.

Die Dauer der Praxismodule variiert von vier bis 15 Wochen pro Studienjahr oder entspricht einem kompletten Semester. Unterstützend zur praktischen Ausbildung werden vorbereitende fachpraktische Lerneinheiten, begleitende Lern- und Praxisaufgaben, und Reflexionsseminare angeboten. Die praktische Ausbildung vor Ort wird in der Regel praxisangeleitet durchgeführt.

Im Vergleich zu Fachschülerinnen und Fachschülern zeigen Studierende unter anderem mehr wissenschaftliche Kompetenzen. Sie gehen selbstständiger und reflektierter an den Arbeitsprozess heran und streben eine ganzheitliche Behandlung an. Dies wirke sich positiv auf die Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten aus. Hierbei gilt es jedoch zu bedenken, dass solche positive Effekte der hochschulischen Bildung vor allem von den Personen wahrgenommen werden könnten, die selbst Akademiker sind.

1.2.4 Fragen zur Verknüpfung der Ausbildung an der Hochschule mit der praktischen Ausbildung

1.2.4.1 Wie stellt die Hochschule eine Praxisbegleitung während der praktischen Ausbildung sicher?

Die Praxisbegleitung dient der Verzahnung von Theorie und Praxis während der Ausbildung. Sie stellt in der fachschulischen Ausbildung die Verbindung zwischen den Lehrkräften der Schule und den Einrichtungen der praktischen Ausbildung dar. Die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben die Möglichkeit, bei der praktischen Ausbildung auftretende Probleme mit den Lehrkräften zu besprechen. Umgekehrt hat die Schule die Möglichkeit, sich von den Lernfortschritten während der praktischen Phasen zu überzeugen.

Für die Praxisbegleitung durch die Hochschule ist meist jeder Praktikumsstelle ein Dozent oder Professor zugeteilt, der die Studierenden in Form von E-Mails/Telefonkontakten oder persönlichen Besuchen betreut. Dieser steht auch in einem regelmäßigen Austausch mit Praxisanleiterinnen und -anleiter, Mentorinnen – und Mentoren bzw. eventuellen Lehrkräften vor Ort.

Während der praktischen Ausbildung kommen die Studierenden aber auch an sogenannten Reflexionstagen an die Fakultät um organisatorische Themen und Fälle zu besprechen. Vereinzelt werden zudem interdisziplinäre Fallbesprechungen im klinischen Team durchgeführt oder Arbeits- und Praxisaufträge mit einer abschließenden Präsentation vergeben (BB, SL).

1.2.4.2 Steht während der praktischen Ausbildung eine Praxisanleitung zur Verfügung? Über welche Qualifikation verfügen diese Personen?

Die Praxisanleitung dient der Betreuung der Studierenden während der praktischen Ausbildung. Sie wird meist von mehreren Personen übernommen, bei denen es sich in der Regel um akademisch qualifizierte Hochschulbetreuer oder ausgebildete und erfahrene Fach- und Lehrkräfte handelt.

Die notwendigen Qualifikationen für eine Praxisanleitung werden in den Berichten meist unspezifisch mit den Termini „ausgebildet und erfahrenen“ umschrieben. Vereinzelt werden ein Nachweis einer einschlägig abgeschlossenen Ausbildung (BB – Physiotherapie), eines Studienabschluss oder/und mindestens einem Jahr Erfahrung in Lehre oder Praktikumsbetreuung, besondere Fachkenntnisse (BY, HE, – Physiotherapie, Hebammenkunde), das Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis (HE, SL – Physiotherapie, Hebammenkunde), mindestens zwei (BW, HE – Physiotherapie, Hebammenkunde) bzw. vier (BY – Physiotherapie) Jahre Berufserfahrung oder eine Vollzeittätigkeit (HE – Physiotherapie) gefordert.

Für Praxisanleiterinnen und -anleiter besteht mancherorts die Möglichkeit, Weiterbildungsangebote der Hochschulen zu nutzen. Diese orientieren sich an studiengangspezifischen Qualifikationskriterien, um die Voraussetzungen für eine kompetente Gestaltung der Praxisanleitung zu schaffen und die Ausbildungsqualität zu sichern (BB, HE, NW). Für den Studiengang Hebammenkunde wurde sogar ein spezielles Weiterbildungsangebot für die Praxisanleitung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hebammenverband konzipiert (HE – Hebammenkunde).

Zur Qualitätssicherung der Praxisanleitung werden von den Hochschulen Praxisanleitertreffen angeboten. Dort können organisatorische Themen geklärt, Schulungsinhalte abgestimmt oder aktuelle Publikationen diskutiert werden. Darüber hinaus besteht teilweise die Möglichkeit im Downloadbereich der Hochschule Informationen, z. B. zu aktuellen Leitlinien, zu nutzen (BW – Physiotherapie) oder an Praxisanleitungskursen teilzunehmen (HE – Physiotherapie).

Identifizierte Schwierigkeiten mit dem Lernort Praxis beziehen sich, laut NW, vor allem auf unzureichend geplante und gezielte Praxisanleitungen sowie auf nicht ausreichende lernprozesssteuernde Gespräche. Als Hauptursachen werden mangelnde Abstimmungsprozesse zwischen Hochschule und dem Ort der praktischen Ausbildung, Zeitmangel sowie eine unzureichende pädagogisch-didaktische Qualifizierung der Praxisanleiterinnen und -anleiter genannt.

NW berichtet zudem, dass die Einbindung von Vorgaben zur Praxisanleitung im Rahmen der Kooperationsverträge mit den Einrichtungen der praktischen Ausbildung sehr aufwändig sei.

1.2.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Verknüpfung der Ausbildung an der Hochschule mit der praktischen Ausbildung

Den Hochschulen gelingt sowohl die Sicherstellung der Praxisbegleitung wie der Praxisanleitung während der praktischen Ausbildung.

Die Praxisbegleitung erfolgt durch das Personal der Hochschulen. Dabei ist jeder Praktikumsstelle eine Begleitung zugeteilt, die in einem regelmäßigen Austausch mit dem Studierenden, den Praxisanleiterinnen und -anleiter, Mentorinnen und Mentoren bzw. Lehrkräften vor Ort steht. Problematisch kann sein, dass man seitens der Hochschulen zu sehr auf die Selbstreflexion der Studierenden setzte, so dass der Umfang der Praxisbegleitung geringer sein kann als bei den fachschulischen Ausbildungen.

Die Praxisanleiterinnen und -anleiter können in der Regel neben einem berufsqualifizierenden Abschluss und Berufserfahrung in dem jeweiligen Bereich auch Erfahrungen in der Lehre und Weiterbildung aufweisen. Seminare zur Praxisanleitung, die von Seiten der Hochschule angeboten werden, vermitteln studiengangspezifische Qualifikationskriterien, um die Ausbildungsqualität zu sichern. Als kritisch wird zum Teil das aufwändige Verfahren zur Regelung der Praxisanleitung bei der Vereinbarung von Kooperationen mit den Einrichtungen der praktischen Ausbildung angesehen.

1.3 Staatliche Prüfung

1.3.1 Wie wird die Prüfung an der Hochschule organisiert?

Vorab wird darauf hingewiesen, dass bei der hochschulischen Ausbildung zwischen den hochschulischen Prüfungen und der staatlichen Prüfung zu unterscheiden ist. Die hochschulischen Prüfungen setzen sich aus studienbegleitenden Modulprüfungen sowie einer schriftlichen Abschlussarbeit, der sogenannten Bachelor-Arbeit, zusammen. Sie führen zum Erwerb des Bachelor-Titels und werden unter ausschließlicher Verantwortung der Hochschulen durchgeführt. Zusätzlich muss die Prüfungsordnung von der entsprechenden Landesbehörde genehmigt werden.

Neben diesen hochschulischen Prüfungen haben die Studierenden in den akademischen Modellausbildungen – wie an der Fachschule üblich – eine staatliche Prüfung abzulegen. Der erfolgreiche Abschluss der staatlichen Prüfung ist für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung zwingend erforderlich, da es

sich bei der Berufszulassung um einen staatlichen Akt handelt. Die staatliche Prüfung wird nach den Bedingungen der APrV abgenommen und in enger Zusammenarbeit mit der Studienleitung, dem Prüfungsamt der Fakultät sowie den zuständigen Landesbehörden organisiert. Das Prüfungsamt koordiniert dabei alle Anträge, Unterlagen und Niederschriften. Teilweise werden auch Kooperationspartner und Fachschulen in die Prüfung mit eingebunden (BY, MV).

Als Fachprüferinnen und Fachprüfer bei der staatlichen Prüfung fungieren die Lehrenden der Hochschule oder die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter aus der praktischen Einrichtung, die überwiegend die für die Prüfung relevanten Inhalte gelehrt haben. Der schriftliche und der mündliche Teil der staatlichen Prüfung finden jeweils an der Hochschule statt. Der praktische Teil der Prüfung, bei dem es sich in der Regel um eine Patientenprüfung handelt, wird während der praktischen Ausbildung in der jeweiligen Einrichtung durchgeführt.

1.3.2 Welche Auswirkungen hat die Ansiedlung der Ausbildung an der Hochschule auf die Zusammensetzung der Prüfungskommission?

Aufgrund der in Punkt 1.3.1 dargestellten unterschiedlichen Prüfungssysteme ist es erforderlich, zwei verschiedene Prüfungsausschüsse in unterschiedlicher Zusammensetzung einzurichten. Zum einen gibt es die Prüfungskommission für die hochschulische Abschlussprüfung, die sich aus akademisch qualifizierten Prüferinnen bzw. Prüfern und gegebenenfalls akademisch qualifizierten Praxisanleiterinnen bzw. -anleiter zusammensetzt. Zum anderen wird ein Prüfungsausschuss für die Durchführung der staatlichen Prüfung benötigt, der nach den Vorgaben der jeweiligen APrVen gebildet wird.

1.3.3 Sind bei den Hochschulen besondere Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zur staatlichen Prüfung aufgetreten? Wenn ja, welche?

In den Berichten wurden mehrheitlich Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Vorgaben der APrV zur staatlichen Prüfung genannt. Als Grund wurde vor allem angegeben, dass sich die geltenden Regelungen zu sehr nach den Anforderungen der Berufsschulen richten würden und mit der Organisation einer hochschulischen Ausbildung nicht kompatibel seien (BB, BE, BY, NW). Um die staatliche Prüfung in die hochschulischen Strukturen einbinden zu können, sei ein erheblicher Abstimmungsbedarf zwischen den Hochschulen, Landes- und Bezirksbehörden sowie den Kooperationspartnern (Praxiseinrichtungen und gegebenenfalls Fachschulen) nötig. Da neben der staatlichen Prüfung auch hochschulinterne Prüfungen in den Modulen zu organisieren und durchzuführen seien, erhöhe sich der Zeit- und Personalaufwand für den Bereich Prüfungen für die Hochschulen wesentlich.

Schwierigkeiten gebe es auch beim Umgang mit zwei verschiedenen Notensystemen (ganze Noten nach APrV versus Benotung in Dezimalschritten nach der Prüfungsordnung der Hochschule). Des Weiteren sei es ab einer bestimmten Anzahl von Prüfungsteilnehmern fast nicht mehr zu gewährleisten, dass alle Studierenden bis zum Beginn des Prüfungszeitraums, der durch die Vorgaben der APrVen zeitlich beschränkt ist, ihre praktische Ausbildung vollständig abgeleistet hätten (BE). Bemängelt wird auch, dass die Rekrutierung der erforderlichen Anzahl an Patientinnen und Patienten mit den jeweils notwendigen Krankheitsbildern der verschiedenen medizinischen Fachgebiete aufgrund der immer kürzer werdenden Liegezeiten nur sehr kurzfristig erfolgen könne (HE – Physiotherapie). Zudem sei es den Studierenden, dadurch dass die in der staatlichen Prüfung erbrachten Leistungen erst nach Abschluss der Prüfung bekannt gegeben würden, erst verspätet möglich, eigene Lernanstrengungen an die Rückmeldung des Lernerfolgs anzupassen.

Als besonders negativ wird wiederholt der erhöhte Arbeitsaufwand der Studierenden genannt, der insbesondere durch die zusätzlich zu den staatlichen Prüfungen abzulegenden hochschulischen Modulprüfungen entstehe. Dies sei insbesondere für Studierende problematisch, wenn, wie z. B. im Modelstudiengang Physiotherapie in BY, in einem Zeitraum von drei Wochen neben der staatlichen Prüfung zusätzlich sechs Modulprüfungen bewältigen werden müssten.

1.3.4 Waren im Hinblick auf die bestehenden Abweichungsmöglichkeiten beim theoretischen und praktischen Unterricht Probleme mit der Umsetzung der Prüfungsvorschriften erkennbar? Wenn ja, welche?

Probleme in der Umsetzung der Prüfungsvorschriften ergaben sich, wie bereits in Punkt 1.3.3 erwähnt, durch die geringe Kompatibilität zwischen geltenden schulischen und hochschulischen Regelungen, da die Anforderungen an ein Examen nicht dem Aufbau eines modularisierten Studiums entsprechen. Durch strukturelle als

auch inhaltliche Unterschiede im Curriculum von Fachschule und Hochschule entstehe ein Mehraufwand für die Prüfungsgestaltung; nur gelegentlich könnten Teile der staatlichen Prüfungen gleichzeitig als Modulabschlussprüfungen anerkannt werden. Ferner schränkten die Vorgaben zur Aufteilung und Durchführung der Prüfungsteile, die Möglichkeiten der Hochschulen ein, die Bereiche der staatlichen Prüfung übergreifend, fall- und handlungsorientiert nach hochschulischen Standards zu gestalten.

Problematisch sei auch, dass aufgrund der hochschulischen Regelungen die einzelnen Module grundsätzlich mit einer Prüfungsleistung abgeschlossen werden müssten, um Leistungspunkte zu generieren. Dies passe nur bedingt zu einer zentralen, fächerorientierten Prüfung im Staatsexamen am Ende der dreijährigen Ausbildung (BB, BE). Als Konsequenz daraus sei es den Studierenden schwer gefallen, die mündliche Prüfung zu absolvieren, da der Lehrstoff in einzelnen Modulen im Rahmen von Lernfeldern unterrichtet wurde (HE – Physiotherapie) und diese Form der „Abfrage“ im Studium nur selten geübt worden sei (BW – Physiotherapie). Zudem seien Fächer geprüft worden, die im therapeutischen Alltag eine untergeordnete Rolle spielen würden (HE – Physiotherapie, hier speziell die Physikalische Therapie). Auch sei der zeitliche Abstand zwischen der staatlichen Abschlussprüfung und der letzten Modulprüfung in der Hochschule enger bemessen als der zwischen Abschlussprüfung und letzter Unterrichtsstunde in der Fachschule (BY – Logopädie).

1.3.5 Enthalten die hochschulischen Ausbildungen Inhalte und Kompetenzen, die über die Regelungen der staatlichen Prüfung hinaus geprüft werden sollten oder wurden?

Über die staatliche Prüfung hinausgehende Inhalte werden insbesondere in Wahlmodulen und in der schriftlichen Abschlussarbeit (Bachelorarbeit) geprüft. Sie erstrecken sich insbesondere auf Kompetenzen im wissenschaftlichen Bereich, in der Patientenbeziehung, Beratung oder in den Bereichen Management, Public Health sowie erweiterter personaler- oder sozialer Fähigkeiten. Die Prüfungsform in den Modulen richte sich dabei nach den zu vermittelnden Inhalten.

1.3.6 Wie werden die Regelungen zur staatlichen Prüfung bei Ausbildungen an Hochschulen und im Vergleich zur fachschulischen Ausbildung grundsätzlich bewertet?

Eine staatliche Prüfung wird auch von den Hochschulen als sinnvoll erachtet. Generell besteht jedoch der Wunsch, Inhalte und Strukturen dieser Prüfung den hochschulischen Gegebenheiten anzupassen (BB, BE, HE, NW). Beispielhaft wird etwa vorgeschlagen, dass Prüfungsleistungen aus einzelnen Modulen für den schriftlichen Teil und den mündlichen Teil der staatlichen Prüfung anerkannt werden (BY). Möglich sei auch der Einsatz eines mündlich-praktischen Prüfungsverfahrens, in dem der Prüfling verschiedene Stationen (Fälle) durchlaufe und dabei spezifische Problemstellungen zu lösen habe (Objective structured clinical examination, OSCE).

Für den Modellstudiengang Physiotherapie schlägt HE vor, die staatliche Prüfung in ein grundständiges, achtsemestriges Studium zu integrieren, bei dem nach vier Semestern das Propädeutikum als eine Art „Physikum“ nach medizinischem Vorbild absolviert und damit die Grundqualifikationen eines Physiotherapeuten auf DQR 5 Niveau sichergestellt werden kann. Der zweite Studienabschnitt solle dann die weitere Qualifikation in allen weiteren Kompetenzbereichen auf DQR 6 Niveau gewährleisten und zum akademischen Therapeuten qualifizieren, wobei die Berufserlaubnis durch die jeweilige Länderbehörde nach Abschluss des Studiums erteilt wird.

NW schließt sich den Empfehlungen eines Konzepts von Walkenhorst und Pietsch (2013) zur Gestaltung und Durchführung staatlicher Prüfungen in den Gesundheitsberufen an, welches hochschulunabhängig und bundesweit einsetzbar sein soll. Darin soll unter anderem eine übergeordnete hochschulunabhängige Landesbehörde eingerichtet werden, die die Organisation und Koordination der staatlichen Prüfungen übernimmt. Als Grundlage dienen modifizierte Berufsgesetze, die kompetenz- und handlungsorientiert formuliert sind, den vorgegebenen Prüfungszeitraum, die Anzahl der Wiederholungsprüfungen und das Bewertungsschema der Prüfungen abgleichen und sich gegebenenfalls an eine hochschulisch kompatible Struktur anpassen.

1.3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Staatlichen Prüfung

Zur Erlangung des Studienabschlusses und der Berufserlaubnis haben die Studierenden studienbegleitende Modulprüfungen, eine schriftlichen Abschlussarbeit sowie die staatliche Prüfung nach den Bedingungen der jeweiligen APrV abzulegen. Dabei weisen die Hochschulen darauf hin, dass die beruflichen Abschlussprüfungen formal auf DQR-Niveau 4/5, die hochschulischen Abschlussprüfungen hingegen auf DQR-Niveau 6 gewertet würden. Damit seien die hochschulischen Prüfungen aus Sicht des DQR höherwertig; für den Berufszugang komme es jedoch entscheidend auf das Bestehen der staatlichen Prüfung an.

Durch die unterschiedlichen Prüfungssysteme (hochschulische Prüfungen und staatliche Abschlussprüfung) wird die Belastung sowohl der Studierenden wie auch der Hochschulen – dort führt die Planung und Durchführung der Prüfungen zu einem erhöhten Zeit- und Personalaufwand – als hoch angesehen. Es wird daher mehrheitlich befürwortet, Inhalte und Struktur der staatlichen Prüfung den hochschulischen Gegebenheiten anzupassen.

1.4 Ausbildungskosten

1.4.1 Welche finanziellen Auswirkungen hat eine Hochschulausbildung auf die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer? Welche Kosten entstehen ihnen?

Die finanziellen Auswirkungen der Hochschulausbildung auf die Studierenden sind je nach Land und Hochschule unterschiedlich und werden im Folgenden vereinfacht dargestellt:

Sind Modellstudiengänge an staatlichen Hochschulen angesiedelt (BB, BE, HE, NW), müssen die Studierenden mit Immatrikulationsgebühren und Semesterbeiträgen rechnen, die sich in der Regel aus dem Sozialbeitrag für das Studentenwerk, dem Beitrag zum Semesterticket und gegebenenfalls einem Studierendenschaftsbeitrag sowie einem Beitrag für das Hochschulsportangebot zusammensetzen. Der Semesterbeitrag steigt für gewöhnlich von Semester zu Semester kontinuierlich leicht an und variiert zwischen den Hochschulstandorten (z. B. BB 241,55 Euro, BY 52 Euro bis 102,70 Euro).

Kooperiert eine staatliche Hochschule mit einer Fachschule oder bietet eine private Hochschule den Studiengang an, müssen die Studierenden mit höheren Kosten rechnen, da in diesem Fall neben Immatrikulations- und Prüfungsgebühren (z. B. BE 920 Euro, BW 620 Euro, BY und SL 0 Euro) auch monatliche Studiengebühren (z. B. Physiotherapie/ Ergotherapie: BE 595 Euro, BW 590 Euro, SL 240 Euro; Logopädie: BE 749 Euro, BY 370 Euro zzgl. Semestergebühren 102,70 Euro) anfallen können.

Zusätzlich entstehen – wie in anderen Studiengängen auch – nicht konkret zu benennende Kosten für studienbezogene Arbeiten (Erwerb von Fachliteratur, Erstellen/Binden von Studienarbeiten etc.), Übernachtungskosten bei Praxiseinsätzen und gegebenenfalls für die Mitgliedschaft im Berufsverband, die bei der Hebammenkunde Voraussetzung für die Berufshaftpflichtversicherung ist.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Studierenden keine Ausbildungsvergütung erhielten und neben dem Studium eine Beschäftigung (Aushilfstätigkeiten, Ferienjobs) nur in geringem Umfang möglich sei. Allerdings gibt es die Möglichkeit, eine Ausbildungsförderung nach BAFöG zu beantragen.

1.4.2 Welche finanziellen Auswirkungen hat eine Hochschulausbildung auf die Hochschulen? Entstehen zusätzliche Kosten? Wenn ja, welche und wie hoch sind diese?

Von den Hochschulen wird ein großer finanzieller Aufwand in Bezug auf die sachliche (z. B. Anmietung/ Ausstattung von Fachräumen, Bereitstellen von Therapiematerial, Literaturaufbau) und personelle Ausstattung (Vergabe der Professuren, Aufbau einer Hochschulverwaltung, Praktikumsbegleitung) angegeben. Teilweise wird jedoch auch auf Synergieeffekte durch ein bereits etabliertes Hochschulsystem oder durch Kooperationen mit Fachschulen in räumlicher als auch personeller Hinsicht verwiesen (BE, MV).

Eine detaillierte Kostenaufstellung hat eine öffentliche Hochschule in HE (Fulda) für die Modellstudiengänge Ergotherapie und Physiotherapie vorgelegt. Hiernach betragen die Kosten für eine gesamte Ausbildung geschätzt etwa 18.500 Euro pro Student. Davon entfallen 1.500 Euro auf zusätzliche Kosten, die für andere Studiengänge nicht anfallen und dementsprechend über die Hochschulfinanzierung nicht abgedeckt würden. Der Anteil der Personalkosten liegt dabei bei etwa 71 Prozent. Nicht einberechnet sind Kosten für Errichtung und Unterhaltung der Unterrichtsräume sowie der Büroräume, Kosten für das praktische staatliche Examen, Kosten für Dienstreisen zu den Praxiseinrichtungen und sonstige indirekte Kosten.

Generell machen die Berichte allerdings überwiegend deutlich, dass eine weitere Konkretisierung der durch eine akademische Ausbildung entstehenden Kosten erforderlich sei. Insbesondere bedürfe es langfristig angelegten Untersuchungen, um belastbare Aussagen für eine endgültige Entscheidung treffen zu können.

1.4.3 Wie stellen sich die Kosten für die Ausbildungen an Hochschulen im Vergleich zu den Ausbildungen an Fachschulen dar?

Bis auf eine Hochschule (BY – Physiotherapie) wird einheitlich berichtet, dass die Kosten einer akademischen Ausbildung an der Hochschule im Vergleich zu den fachschulischen Ausbildungen generell höher einzuschät-

zen seien. Ursachen hierfür seien einerseits die höheren Gehälter des Lehrpersonals und andererseits die aufwändigere Gestaltung der Ausbildungen, z. B. durch die Doppelbelastung mit staatlicher Prüfung und den hochschulinternen Prüfungen oder die Möglichkeit eines Auslandssemesters.

In einem konkreten Beispiel berichtet das SL, dass bei etwa 30 Studierenden pro Kohorte von Mehrkosten in Höhe von durchschnittlich 350 Euro pro Monat und Studierenden auszugehen sei. SL macht jedoch auch deutlich, dass ein realistischer Vergleich der Kosten durch die unterschiedliche Ausbildungszeit von sieben Semestern an Hochschulen versus drei Jahren an Berufsfachschulen pauschal nicht möglich sei.

1.4.4 Ergeben sich aus der akademischen Erstausbildung Folgekosten für das Gesundheitssystem? Wenn ja, welche und in welcher Höhe?

Mit der akademischen Erstausbildung an sich werden keine Folgekosten für das Gesundheitswesen verbunden. Kurzfristig nimmt man sogar eine Entlastung an, da die Fachschulausbildung im Wesentlichen über Ausbildungsfonds nach § 17a KHG finanziert werde, während die Länder die Kosten für die hochschulischen Ausbildungen über ihre Hochschulfinanzierung zu tragen hätten (HE).

Mittel- bis langfristig werden allerdings Kosteneffekte in beide Richtungen für denkbar gehalten. So wird angenommen, dass basierend auf den Auswirkungen des demografischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen anspruchsvollere physiotherapeutische Qualifikationen nötig werden und die Behandlungskosten damit ansteigen (BW – Physiotherapie). Zu beachten sei auch, dass sich mit der Akademisierung der soziale Status und damit die Gehaltserwartungen der Hochschulabsolventinnen und -absolventen (BE, BY, HE – Physiotherapie, Ergotherapie, Hebammenkunde) erhöhen würden.

Entlastungseffekte wären hingegen denkbar, wenn durch die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen einerseits die Delegation und perspektivisch die Substitution ärztlicher Leistungen erleichtert (BE, BY, HE, – Physiotherapie, Hebammenkunde) und andererseits Diagnosen und Behandlungen mit höherer Effektivität und Effizienz durchgeführt werden könnten, um so Therapiezeiten zu verkürzen und Therapieergebnisse zu verbessern.

Andere Länder sehen keine Folgekosten für das Gesundheitssystem (SL – Physiotherapie, Ergotherapie) bzw. machen hierzu keine konkreten Angaben (MV, NW – Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie). Gezielte und langfristige Untersuchungen für eine eindeutige Beantwortung dieser Fragestellung stehen noch aus. Belastbare Aussagen sind dementsprechend in den Berichten nicht enthalten.

1.4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zu den Ausbildungskosten

Studierende haben im Vergleich zu ihren fachschulischen Kollegen keine Schulgelder zu entrichten, soweit das Studium nicht an einer privaten Hochschule durchgeführt wird; sie müssen jedoch Immatrikulationsgebühren und Semesterbeiträge zahlen. Eine Ausbildungsvergütung, die bei der Hebammenausbildung vorgesehen ist, erhalten die Studierenden dabei nicht. Auch dauert ihre selbst zu finanzierende Ausbildungszeit länger als die der Fachschülerinnen und Fachschülern. Wie diese können jedoch auch Studierende eine staatliche Förderung nach BAföG beantragen.

Durch die insgesamt längere, aber auch inhaltlich umfangreichere Ausbildung entstehen vor allem an öffentlichen Hochschulen höhere Kosten als an Fachschulen. Bspw. müssen zusätzliche Kosten für die Organisation und Durchführung einer staatlichen Prüfung und eine umfangreiche Praxisbegleitung und -anleitung eingerechnet werden, die in anderen Studiengängen nicht anfallen. Private Hochschulen haben die Möglichkeit, diese Mehrkosten durch Studiengebühren zu kompensieren.

Bei den wirtschaftlichen Folgen einer akademischen Qualifizierung muss beachtet werden, dass akademisch qualifizierte Absolventinnen und Absolventen andere Gehaltsansprüche stellen können als fachschulisch qualifizierte Berufsangehörige. Dem steht die Erwartung gegenüber, dass eine Akademisierung vereinzelt auch zu Kostenentlastungen führen kann. So wird angenommen, dass eine akademische Ausbildung zu schnelleren und besseren Therapieergebnissen führen könne. Belastbare Ergebnisse, die diese Annahme stützen, liegen jedoch nicht vor.

2. Untersuchung von fachschulischen Modellausbildungen

Dem BMG wurden keine Berichte über fachschulische Modellausbildungen vorgelegt. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Erprobungen nicht durchgeführt worden sind.

V. Bewertung

1. Machbarkeit

1.1 Wie wird die Machbarkeit von akademischen Erstausbildungen in den Berufen bewertet?

Eine akademische Erstausbildung in den Berufen der Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten wird von allen, die an der Erprobung der hochschulischen Modellausbildung beteiligt waren, für realisierbar gehalten. Voraussetzung dafür ist allerdings eine Modifizierung der gesetzlichen Ausbildungsregelungen (siehe hierzu vertiefend Punkt 1.2), die aktuell auf die fachschulischen Strukturen eingestellt sind. Sie bedürfen nach übereinstimmender Auffassung einer Anpassung an die hochschulischen Gegebenheiten.

1.2 Wären für eine dauerhafte Etablierung akademischer Erstausbildungen Änderungen in den Berufsgesetzen erforderlich? Wenn ja, welche?

In den Evaluationsberichten wird deutlich, dass eine alleinige Änderung der Berufsgesetze nicht als ausreichend angesehen wird, um dauerhaft akademische Erstausbildungen in den Gesundheitsfachberufen zu ermöglichen. Hier wird vielmehr zusätzlich eine Annäherung der rechtlichen Regelungen der Gesundheitsfachberufe des sekundären Bildungssektors an den tertiären Bildungssektor, der durch die Rahmenbedingungen der Landeshochschulgesetze und der Bologna-Reform gestaltet wird, für erforderlich gehalten. Als wichtige Punkte, die bei einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe zu beachten sind, wurden insbesondere von Hochschulen und Verbänden aus BW, BY, HE und NW als auch von der Hochschule Fresenius (länderübergreifende Analyse) vorgetragen:

Organisation der Ausbildung

- einheitliche Verantwortlichkeit für die Ausbildung bei der Hochschule
- Einbindung der für die Gesundheitsfachberufe zuständigen Landesbehörden bei der Akkreditierung der Studiengänge
- einheitliche Regelungen für den schulischen und hochschulischen Bildungsbereich zu Punkten, die gleichermaßen die fachschulische wie die hochschulische Ausbildung betreffen (z. B. europäisches Leistungspunktesystem)
- Schaffung von Vorgaben, die eine flexiblere Anpassung der Ausbildungen an Entwicklungen im therapeutischen und edukativen Bereich ermöglichen, anstelle der konkreten Benennung von Fächern, Stundenkontingenten oder Kompetenzen innerhalb der Berufsgesetze einschließlich der dazugehörigen Verordnungen

Ausbildungsdauer und -struktur

- Einführung dualer* Studienprogramme
  * NW schlägt vor, den Begriff „dual“ nur zu verwenden, wenn Lernorte eng inhaltlich, zeitlich und institutionell verkoppelt sind und das Niveau der erworbenen Kompetenzen an allen Lernorten den gleichen wissenschaftlichen Anforderungen entspricht.
- Verlängerung der Ausbildung auf mindestens 7-semestrige Studiengänge (mit 210 ECTS), die konsekutiv durch 2-semestrige, fachlich weiterqualifizierende Master-Studiengänge ergänzt werden können; in der Hebammenkunde Ausdehnung auf mindestens 8 Semester durch den Umfang der Praxiszeiten
- Modularisierung und Kompetenzorientierung
- Schaffung von Möglichkeiten zur Profilbildung
- Schaffung von Möglichkeiten zum Studienortwechsel und für Auslandspraktika/–semester
- Anpassung der Präsenzzeiten an die hochschulischen Gegebenheiten insbesondere im theoretischen Teil der Ausbildung

Praktische Ausbildung

- Einführung einer möglichen Alternative zur praktischen Ausbildung in Form eines von den Arbeitgebern bezahlten Anerkennungsjahres (HE)

- Durchführung der praktischen Ausbildung in Kooperation mit Fachschulen mittels einer gemeinsamen Konzeption theoretischer oder fachpraktischer Lehr-/Lernangebote, die von hochschulisch qualifizierten Lehrkräften in geschlossenen (homogenen) Lerngruppen vermittelt werden
- Festlegung der Anzahl und der Qualifikation von freigestellten Praxisanleiterinnen und -anleiter sowie Festlegung der praktischen Ausbildungsanteile, die angeleitet durchgeführt werden (Qualitätssicherung)
- Reduzierung des Umfangs der praktischen Ausbildung bei gleichzeitiger Sicherstellung der Ausbildungsqualität und zu Gunsten einer Verbesserung der wissenschaftlichen (theoretischen) Ausbildung

Prüfungen

- Berücksichtigung der hochschulischen Modulprüfungen bei der staatlichen Abschlussprüfung z. B. durch Anrechnung der Modulprüfungen auf die staatliche Prüfung oder durch Ersetzen von Teilen der staatlichen Abschlussprüfung durch die Modulprüfungen
- Aktualisierung der Prüfungsinhalte der staatlichen Abschlussprüfung
- Modifizierung der Prüfungsform der staatlichen Abschlussprüfung z. B. durch eine kompetenzorientierte Gestaltung
- Übertragung der Prüfungsverantwortung auf die Hochschulen

Über die genannten Punkte hinaus werden in den Evaluierungsberichten weitere Änderungen an den derzeitigen Ausbildungsregelungen gewünscht oder als sinnvoll erachtet, bei denen kein zwingender Änderungsbedarf besteht:

- Sicherstellen von passenden personellen Rahmenbedingungen an den Hochschulen z. B. durch die Einrichtung klinischer Professuren, zusätzliche Mitarbeiterstellen zur Praxisbegleitung oder spezifische hochschuldidaktische Studienangebote auf Masterniveau
- Einrichtung einer Fakultät bzw. eines universitätsmedizinischen Departments für Gesundheitswissenschaften zur Sicherung der Eigenständigkeit der Fachberufe, zur Förderungen von interdisziplinären Kooperationen und Gewährleistung einer interprofessionalen Kompetenz der Gesundheitsfachberufe

1.3 Welche Erkenntnisse ergeben sich bei den fachschulischen Modellen?

Auch ohne Vorlage von Berichten über fachschulische Modellausbildungen haben das Regierungspräsidium Darmstadt sowie eine Hebammenschule aus HE zu diesem Punkt dargelegt, dass nach ihrer Auffassung eine weiterhin schulische Ausbildung für den Bereich der Physiotherapie und der Hebammenkunde ausreichend sei. Da sich die bestehende fachschulische Ausbildung bewährt habe, sollte diese nicht einfach wegfallen. Eine Vollakademisierung würde zudem Personen von der Ausbildung ausschließen, die über eine mittlere Schulbildung verfügten und sich nicht am Versorgungsbedarf in der Berufspraxis orientieren. Bei den Gesundheitsfachberufen handele es sich generell um Berufe, die in hohem Maß durch praktisches Arbeiten gekennzeichnet seien.

1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur allgemeinen Machbarkeit

Die Hochschulen sehen eine akademische Erstausbildung in den Berufen der Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten als grundsätzlich machbar an. Bei einer dauerhaften Einführung sehen sie jedoch grundlegenden Änderungsbedarf in den Berufsgesetzen, der vor allem die Organisation, Struktur, Dauer und Inhalte der Ausbildung betrifft. Hierbei sei es insbesondere wichtig, die berufsrechtlichen Regelungen an die hochschulischen Rahmenbedingungen anzupassen.

2. Kosten

2.1 Wie werden die Kosten bei der akademischen Erstausbildung im Vergleich zu den derzeitigen Kosten der Ausbildung bewertet?

Während einige Länder die Kosten der akademischen Erstausbildung im Vergleich zu einer berufsfachschulischen Ausbildung im Gesamtkontext als geringer bewerten (BE, SL), gehen andere von höheren Kosten aus, insbesondere bedingt durch die erforderliche akademische Ausbildung der Hochschullehrerinnen und -lehrer (BB, BY, HE). Im Falle einer privaten Hochschule würden zudem Studiengebühren für mindestens ein zusätzliches Semester hinzukommen (HE).

Bezüglich der Kosten für Studierende wird darauf hingewiesen, dass diese durch den Wegfall einer Ausbildungsvergütung (zeitgleich aber auch des Schulgeldes) auf finanzielle Unterstützung durch die Eltern oder BAföG angewiesen sind (siehe hierzu auch Punkt 1.4.3).

Grundsätzlich ist man der Auffassung, dass die Einführung akademischer Ausbildungen zunächst mit einer Erhöhung der Kosten für die Ausbildung und das Gesundheitssystem verbunden sein dürfte. Die zu erwartende bessere Ausbildungsqualität werde aber zu einer verbesserten Patientenversorgung und damit langfristig zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen führen (BE, SL).

2.2 Welche Erkenntnisse ergeben sich bei den fachschulischen Modellen?

Da dem BMG keine Berichte über fachschulische Modellausbildungen vorgelegt wurden, liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

2.3 Wie werden die Kosten im Rahmen des Gesundheitssystems im Vergleich zum Nutzen bewertet?

Der Nutzen einer akademischen Ausbildung wird in den Evaluierungsberichten vor dem Hintergrund künftiger Versorgungsbedarfe und der damit verbundenen Notwendigkeit zur Fachkräftesicherung als wesentlich höher eingeschätzt als die Kosten der Ausbildung selbst. Es sei anzunehmen, dass Akademiker flexibler eingesetzt werden und interdisziplinärer tätig sein könnten. Auch sei zu erwarten, dass sie besser mit kostenintensiven Schnittstellenproblemen umgehen könnten und damit zu einer optimierten Patientenversorgung mit qualitativ hochwertigeren Therapien beitragen würden, was letztendlich Kostensenkungen im Gesundheitswesen zur Folge haben sollte. Der volkswirtschaftliche Nutzen einer Akademisierung wird damit als höher vorhergesagt als die zu erwartenden gesellschaftlichen Kosten (BE, BY, HE, NW).

Im Bereich der Hebammenkunde weichen die Kosten-Nutzen-Bewertungen in den Berichten im Vergleich zu den übrigen drei Berufen leicht ab. Dort machen vor allem die an den Erprobungen beteiligten Fachschulen geltend, dass in der derzeitigen Fachschulbildung ein Gleichgewicht zwischen Kosten und Nutzen herrsche und werfen die Frage auf, ob dem Gesundheitswesen eine akademische Qualifikation nütze.

Belege für die Kosten-Nutzen-Bewertungen in den Evaluierungsberichten gibt es nicht. Eine internationale Literaturrecherche durch NW ergab, dass bisher keine Studien existieren, die den Zusammenhang zwischen einer Qualifizierung auf Bachelor- oder Masterniveau und dem Therapieergebnis untersuchten. Lediglich Studien, die sich mit Lernergebnissen von Studierenden befassten, würden Hinweise darauf geben, dass ein höheres Qualifikationsniveau zu positiveren Lerneffekten zu führen scheine. Aufgrund zahlreicher methodischer Schwächen sei die Evidenz dieser Studien allerdings als gering einzuschätzen, zumal sie weniger eine objektive Kosten-Nutzen-Bewertung als vielmehr die Erwartungshaltung der Studierenden thematisierten.

2.4 Zusatz für die Hebammenausbildung: Wie wird der Wegfall der Regelungen über den Ausbildungsvertrag und die Zahlung der Ausbildungsvergütung bewertet?

Auf Grund mangelnder Information von Seiten der Hochschulen bat speziell HE zusätzlich zu den Hochschulen, auch das Regierungspräsidium Darmstadt, die Hessische Krankenhausgesellschaft, die Fachschulen des Gesundheitswesens und die entsprechenden Berufsverbände um Stellungnahme.

Daraufhin äußerte eine Hebammenschule in HE, dass der derzeitige Status der Auszubildenden mit einem Ausbildungsvertrag und einer Zahlung der Ausbildungsvergütung sozial und gesellschaftlich anerkannt sei. Einen alternativlosen Wegfall sowohl des Vertrages wie der Vergütung halte sie nicht für vertretbar. Das Regierungspräsidium Darmstadt gibt zudem zu bedenken, dass Schulabgängern, die über wenig finanzielle Mittel verfügen, der Zugang zu einer akademisierten Hebammen-Ausbildung, die einen Nebenverdienst auf Grund des hohen Arbeitsaufwandes nicht ermögliche, erschwert wäre.

Die Fachhochschule Fulda schlägt als Lösung vor, den Arbeitsaufwand der Studierenden im Studium durch eine Anrechnung von Selbstlernzeiten auf die Ausbildungsstunden zu verringern. Zugleich sollte die Dauer der praktischen Ausbildung, die bei der hochschulischen Ausbildung nicht bezahlt werden würde, verkürzt werden. Letzteres könne man entweder durch Verbesserungen bei der Praxisanleitung während der praktischen Ausbildung oder durch Einführung eines bezahlten Anerkennungsjahrs nach dem Studium kompensieren.

2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der allgemeinen Kosten

Die Ergebnisse der Evaluierungsberichte lassen keine länderübergreifenden Aussagen zum Vergleich der hochschulischen mit den fachschulischen Kosten zu. Allgemein wird davon ausgegangen, dass sich mögliche höhere Kosten für eine akademische Erstausbildung durch die langfristig qualitativ bessere Gesundheitsversorgung ausgleichen. Dies wird insbesondere mit den flexibleren und interdisziplinäreren Einsatzmöglichkeiten akademisch qualifizierter Absolventinnen und Absolventen und deren Befähigung zur Durchführung optimierter Therapien begründet. Valide Studienergebnisse, die Auskunft über den Zusammenhang zwischen einer höheren Qualifizierung und einem besseren Therapieergebnis auf Patientenseite geben, gibt es derzeit jedoch nicht.

3. Bedarf

3.1 Wie hoch ist der Bedarf für eine akademische Erstausbildung? Für welche Bereiche der jeweiligen Gesundheitsfachberufe ist eine akademische Ausbildung erforderlich?

Die Evaluierungsberichte machen mehrheitlich deutlich, dass ein Bedarf für eine akademische Erstausbildung in zentralen Tätigkeitsbereichen wie Lehre, Forschung oder Leitungsaufgaben gesehen wird. Erwartet wird aber auch, dass sich neue Aufgabenfelder entwickeln, die sich aus dem demographischen Wandel, den zunehmenden chronischen Erkrankungen und einem Patientenklientel mit Migrationshintergrund (BW, BY, HE, SL) ergeben. Aber auch allgemeine Weiterentwicklungen in der Medizin und der therapeutischen Versorgung sowie eine steigende Erwartungshaltung an das Personal im Gesundheitswesen (BE, HE – Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) würden eine akademische Qualifizierung rechtfertigen.

Die vom Wissenschaftsrat herausgegebene Empfehlung für eine „Akademisierungsquote zwischen 10 und 20 Prozent“ (Wissenschaftsrat, 2012, S. 87) wird in den Evaluationen mehrheitlich befürwortet. Die Akademisierung der Ausbildungen an sich wird als essentiell angesehen, um Deutschland an internationale Standards anzupassen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Ausbildung zu gewährleisten. Zudem sei sie erforderlich, um den höheren Anforderungen an die berufliche Qualifizierung zu genügen. Durch eine Teilakademisierung werde der Bedarf an Bereichsleitungs- und Leitungsfunktionen in Kliniken und Praxen, Stabsstellen, in der Forschung und Lehre zugleich ausreichend abgedeckt (siehe hierzu auch Punkt 3.1).

Für eine Vollakademisierung sprechen sich insbesondere NW (alle untersuchten Gesundheitsberufe), MV (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) und BE (Ergotherapie, Physiotherapie) sowie einige Berufsverbände (Ergotherapie, Logopädie und Hebammenkunde) aus. Sie vertreten die Auffassung, dass perspektivisch nur ein Studium dauerhaft zur Ausübung des jeweiligen Berufs qualifiziere. Es sei nicht nur in erster Linie zur Übernahme von Leitungsfunktionen erforderlich. Auch könne im europäischen Vergleich der Bedarf an qualifiziertem Personal ohne eine Akademisierung künftig nicht mehr gedeckt werden. Veränderte Anforderungen der Gesundheitsversorgung, die internationale Anschlussfähigkeit sowie die Steigerung der Attraktivität der Berufe würden vielmehr eine Vollakademisierung verlangen. Sukzessive müsse darüber hinaus denjenigen, die ohne akademische Ausbildung im Beruf tätig sind, die Möglichkeit zur Nachqualifizierung geboten werden, um Gleichrangigkeit und Durchlässigkeit zu gewährleisten.

Gegen eine Akademisierung wenden sich vor allem etablierte Fachschulen, wie z. B. die Hebammenschule in HE, welche anführt, dass der Bedarf und das Interesse an der akademisierten Erstausbildung bei den Auszubildenden sehr gering sei (von 139 Auszubildenden in vier hessischen Fachschulen studieren 7,1 Prozent im dualen System). Angeregt wird hingegen, den Fachschülerinnen und Fachschülern im Rahmen eines Bachelorstudiums die Möglichkeit zu eröffnen, sich in Bereichen wie Betriebswirtschaft, Personalentwicklung, Pädagogik oder Sozialpädagogik zu spezialisieren. Ein solches Studium könne im Anschluss an den Berufsabschluss absolviert werden und einen Aufstieg innerhalb des Berufsfeldes ermöglichen.

3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Bedarf an akademischen Erstausbildungen

Der Bedarf für eine akademische Erstausbildung wird vor allem für die Bereiche Lehre, Forschung und Leitungsfunktionen sowie für komplexe Aufgabenfelder geltend gemacht, die einen besonders geschulten Patientenkontakt erfordern. Überwiegend sehen die Evaluierungsberichte daher am ehesten eine Teilakademisierung der Gesundheitsfachberufe als gerechtfertigt an.

Als Argumente für eine Vollakademisierung werden hingegen die steigenden Anforderungen der Gesundheitsversorgung und die internationale Anschlussfähigkeit angeführt. Argumente gegen eine Akademisierung kommen vor allem von den Fachschulen, die eine Weiterqualifizierung durch bereits etablierte Studiengänge für ausreichend halten.

4. Vorteile/Nachteile

4.1 Was ist der Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung, insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten?

Über den Mehrwert akademischer Ausbildung in der Qualität der Versorgung können zurzeit noch keine objektiven Aussagen getroffen werden. Langfristige und valide Forschungsergebnisse dazu stehen noch aus. Eine Übersicht bisheriger Studien aus dem europäischen und internationalen Kontext, die diesen Sachverhalt jedoch nur fragmentarisch untersuchen, bieten die Analysen aus HE und NW (siehe hierzu auch Punkt 2.3). Aus den vorläufigen Ergebnissen wird geschlussfolgert, dass durch akademisch qualifiziertes Personal ein Mehrwert in der Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erwarten sei. So könne bspw. ein akademisch ausgebildeter Physiotherapeut angemessener und bedarfs- bzw. kontextorientierter auf veränderte Gegebenheiten im Gesundheitswesen reagieren (BE, BY, HE, MV, SL), was schnellere Erfolge und kürzere Behandlungszeiten zur Folge habe (BW). Dies sei insbesondere aufgrund der steigenden Multimorbidität und der Zunahme chronischer Erkrankungen notwendig (BE). Dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e. V.) nach könnte auch der Direktzugang der Patientinnen und Patienten zum Physiotherapeuten durch erweiterte Kompetenzen im Studium ermöglicht werden, was wiederum die Kostenträger entlaste (BY). Akademische Absolventinnen und Absolventen könnten zudem mit ihrer Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten Expertenwissen für spezifische Krankheitsbilder und ihre Behandlung generieren (MV) und so zur Weiterentwicklung der Versorgung beitragen (BY, BE, HE, MV).

Vereinzelt wird die Auffassung vorgetragen, dass kein Mehrwert in einer hochschulischen Ausbildung gesehen werde (siehe z. B. die Aussagen des Regierungspräsidiums Darmstadt zur Physiotherapie). So könnten auch aus einer qualitativ verbesserten Fachschulbildung und einem kompetenzorientierten einheitlichen Curriculum, dessen Stärke die praktische Ausbildung sei, reflektierte Praktiker hervorgehen.

4.2 Welcher Mehrwert ergibt sich aus hochschulischer Ausbildung für das Gesundheitssystem insgesamt?

Der Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung wird insbesondere in einer Ausweitung der Tätigkeitsfelder der einzelnen Berufe, der Chance zum Auf- und Ausbau einer eigenständigen Wissenschaft, der Zunahme vernetzter Versorgungsformen bei der Leistungserbringung, neuen Qualitäten in der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit und der Erweiterung der Handlungskompetenzen „Beratung“ und „Edukation“ gesehen (NW, SL). Weitgehend einig sei man sich auch, dass der Finanzierungsaufwand, der für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie nötig sei, erheblich ist. Dieser könne durch eine Erweiterung der beruflichen Kompetenzen von akademisierten Fachkräften, die qualitativ hochwertigere Therapien anbieten können, gesenkt werden (siehe hierzu auch Punkt 2.3).

Zudem würde eine hochschulische Ausbildung die Attraktivität der Berufe steigern und zu einer Entlastung der ärztlichen Tätigkeit führen. Kosteneinsparungen seien außerdem durch einen direkten Zugang der Patientinnen und Patienten zu den Gesundheitsfachberufen denkbar, sofern ein solcher berufs- und leistungsrechtlich realisiert werden würde (HE).

4.3 Rechtfertigt der Mehrwert einer hochschulischen Ausbildung den damit verbundenen Mehraufwand?

Mehrheitlich kommen die Evaluierungsberichte zu dem Ergebnis, dass sich der Mehraufwand einer hochschulischen Ausbildung für die Profession und die Patientinnen und Patienten rechne. Die Berufe würden aufgewertet und könnten sich weiterentwickeln. Auch wäre die aus einer besseren Ausbildung resultierende Therapiequalität höher, d. h. evidenzbasierter, effektiver und effizienter (BW, BE, BY, HE, SL). Sie würde die Gesundheitsversorgung damit langfristig sicherstellen (BW, SL).

NW betont zudem, dass nur eine hochschulische Ausbildung ein Handeln lehren könne, welches wissenschaftlich fundiert, reflektiert und evidenzbasiert, qualitätsbewusst sowie inter- und transdisziplinär sei. Nur ein solches Handeln werde den zahlreichen Entwicklungen im Gesundheitswesen wie der Veränderung des Erkrankungsspektrums, dem Generationenverhältnis oder dem medizinisch-technischen Fortschritt gerecht.

Nur vereinzelt wird der Mehrwert als nicht gerechtfertigt angesehen, da der Nutzen nur im Bereich von Forschung und Lehre liegen würde (Regierungspräsidium Darmstadt zur Physiotherapie und Hebammenschulen in HE).

4.4 Wie werden die Auswirkungen einer Akademisierung auf die Fachschulen bewertet?

Negative Auswirkungen einer Teilakademisierung werden vor allem in einer Frustration der Berufsfachschulabsolventinnen – und absolventen gesehen, da davon auszugehen sei, dass diesen die Aufgaben zugewiesen werden würden, die geringwertig seien. Die Fachschulen würden damit auf Dauer an Attraktivität verlieren. Vereinzelt habe man bereits einen Rückgang an gut qualifizierten Bewerbern für eine fachschulische Ausbildung registriert (HE, SL).

Umgekehrt wird vorgetragen, dass Fachschulen auch am Prozess der Akademisierung partizipieren könnten, wenn sie z. B. in Form von gemeinsam konzipierten und durchgeführten Curricula mit den Hochschulen zusammenarbeiteten (siehe hierzu auch die Modelle B und C aus NW, Punkt 1.1.4).

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zur den Vor- und Nachteilen einer Akademisierung

Valide Aussagen dazu, ob akademische Qualifikationen langfristig mehr Vor- oder Nachteile aufweisen, können mangels entsprechender Daten zurzeit nicht getroffen werden. Prognostisch werden Vorteile einer akademischen Erstausbildung in einer besseren Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten und in einem Zugewinn für das Gesundheitssystem insgesamt gesehen. So wird unter anderen angenommen, dass eine Akademisierung zu flexibleren und interdisziplinäreren Einsatzmöglichkeiten der Absolventinnen und Absolventen und damit einer Entlastung der ärztlichen Tätigkeit führe. Zukünftige Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen würden damit die Nachteile einer kostenintensiveren hochschulischen Ausbildung sowie möglicher höherer Verdienstansprüche aufheben. Um die Fachschulen nicht zu benachteiligen, könnten vermehrt Kooperationsprozesse angeregt werden.

5. Bewährung

Wie haben sich die akademischen Erstausbildungen und Modelle an den Fachschulen insgesamt bewährt?

5.1 Aus Sicht der Hochschulen

Aus Sicht der Hochschulen haben sich die Erprobungen akademischer Erstausbildungen bewährt. Dies führe man auch auf die Stärken der Studierenden zurück (BE, BY, HE). Ein Großteil habe nach dem Studium direkt in eine Anstellung oder die Selbständigkeit gehen können. Teilweise haben die Absolventinnen und Absolventen anschließend ein Masterstudium angeschlossen (BW, HE). Vor allem in den Kliniken könnten sie oftmals in leitende Positionen aufsteigen und seien in Forschungskontexten gefragt (HE).

Grundsätzlich einig sind die Hochschulen darin, dass die dauerhafte Ansiedlung der Erstausbildungen an den Hochschulen die Anpassung der gesetzlichen Regelungen erforderlich mache.

Einige Länder berichten, dass aktuell noch keine valide Beurteilung der Bewährung möglich sei (BW, MV).

5.2 Aus Sicht der Fachschulen

Vereinzelt wird berichtet, dass die Fachschulen im Falle einer Kooperation mit einer Hochschule eine Aufwertung bei potentiellen Bewerbern erfahren würden (SL) und hiervon grundsätzlich profitieren würden (NW). Weitere Aussagen von Fachschulen zur Bewährung liegen nicht vor.

5.3 Aus Sicht des Lehrpersonals an Hochschulen/Fachschulen

Aus Sicht des Lehrpersonals an den Hochschulen hat sich die akademische Ausbildung bewährt und wird als zukunftsweisend angesehen. Dabei werden insbesondere zusätzliche Ausbildungsinhalte und eine größere Methodenvielfalt (BE, BY), die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, die Möglichkeit zum europäischen Vergleich (SL) und der Aufbau einer patientenorientierten und klinischen Forschung (MV) hervorgehoben. In der bisherigen Modellphase sei zudem der Bedarf an Forschungsthemen und Forschungsinfrastruktur aufgezeigt worden.

Aussagen über die Sicht des Lehrpersonals an Fachschulen gehen aus den Berichten nicht hervor.

5.4 Aus Sicht der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Eine Bewährung der akademischen Ausbildung stellen auch die Studierenden fest. Herausgehoben wird besonders die Möglichkeit, ein Masterstudium anzuschließen, aber auch die bessere Kompetenz am Arbeitsplatz durch Einsatz der erworbenen wissenschaftlichen, fachlichen und personalen Fertigkeiten (BW, MV, NW).

Als nachteilig empfinden die Studierenden die hohe Arbeitsbelastung während des Studiums (BE, HE, NW), die etwa studentische Nebenjobs zur Verbesserung der finanziellen Situation nicht möglich mache (HE). Zudem sei die Absprache bzw. Abstimmung zwischen der Hochschule und dem Ort der praktischen Ausbildung hinsichtlich der Praxisanleitung häufig zu bemängeln (NW).

5.5 Aus Sicht der Berufspraxis von Praxisanleiterinnen und -anleitern und anderen Berufsangehörigen sowie potenziellen Arbeitgebern?

Praxisanleiterinnen und -anleiter, Berufsangehörige sowie potenzielle Arbeitgeber sprechen sich in den Evaluierungsberichten übereinstimmend für eine Bewährung der akademischen Ausbildung aus. Dabei werden vor allem die umfassenden vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen zur Sicherstellung der praktischen Ausbildungsteile und das interprofessionelle Arbeiten hervorgehoben. Studierende würden sich auch schneller einarbeiten, seien lernbereiter und in der Lage, ihr eigenes Handeln (selbst-) kritischer zu reflektieren (BE, BW, HE, SL). Zudem würden sie durch ihr aktuelles Wissen aus Theorie und Forschung zur Weiterentwicklung praktischer Methoden im Berufsalltag beitragen.

Des Weiteren habe sich die hochschulische Ausbildung insofern bewährt, als sie im Vergleich zu fachschulischen Ausbildung Absolventinnen und Absolventen hervorbringe, die bspw. wissenschaftliche Erkenntnisse besser recherchieren und in die Praxis umsetzen könnten. Sie seien in der Lage, diagnostische Prozesse und Interventionen stärker zu durchdenken und sowohl flexibler wie variabler anzuwenden, fallorientierter vorzugehen und würden Versorgungsmöglichkeiten in anderen Bereichen aufzeigen können. Als kritisch wird hingegen – insbesondere von Nichtakademikern – angeführt, dass Studierende grundlegende Routinen zwar reflektieren können, diese aber oft selbst nicht sicher beherrschen würden (NW).

Praxiseinrichtungen, die zwischen schulischer und hochschulischer Kooperation vergleichen können, sprechen davon, dass die Zusammenarbeit mit den Hochschulen bei der Durchführung der praktischen Ausbildung besser funktioniere (HE).

5.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Bewährung akademischer Erstausbildungen

Von Seiten des Hochschulpersonals, der Studierenden, der Praxisanleiterinnen und -anleiter, der Berufsangehörigen sowie der potenziellen Arbeitgebern haben sich die Modellversuche zur akademischen Erstausbildung bewährt. So zeigten Studierende insbesondere im Vergleich zu Fachschülerinnen und Fachschülern deutliche Stärken in wissenschaftlichen, fachlichen und personalen Kompetenzen, die auch in der Berufspraxis positiv wahrgenommen würden.

6. Sonstige Bemerkungen

Gibt es über die angesprochenen Fragen hinausgehende Anmerkungen, über die die Beteiligten und insbesondere der Gesetzgeber informiert werden sollte?

Soweit ergänzende Anmerkungen an dieser Stelle gemacht wurden, werden diese im Folgenden ohne Rangfolge aufgeführt.

- Vereinzelt wird gefordert, dass auch ohne Hochschulzugangsvoraussetzungen die Möglichkeit gegeben werden sollte, an einen Berufsschulabschluss ein Bachelorstudium anzuschließen (HE – Hebammenkunde).
- Diskutiert wird zudem die Vergütung akademisierter Gesundheitsfachberufe (HE), die mit einer Neuverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, die zur Ausübung weitergehender Tätigkeiten befähigen, einhergehen sollte (BE, SL). Die Fachhochschule Fresenius empfiehlt, in den Heilberufen die beruflichen Qualifikationen mit unterschiedlichen, der jeweiligen Qualifikation entsprechenden Berufstätigkeitsbefugnissen zu verknüpfen und das Berufsprofil der Gesundheitsfachberufe zu differenzieren (vom Hilfstherapeuten bis hin zum akademisierten Therapeuten mit Direktzugangsberechtigung zu Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Verordnung).
- Vorgetragen wurde außerdem, die Berufspraxis und die eigene Handlungsautonomie der Berufsangehörigen stärker an wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen (Evidenz) und an von der eigenen Berufsgruppe entwickelten Leitlinien zu orientieren. Vorgeschlagen wurde daneben, angesichts der fachlichen Ausdifferenzierungen im Gesundheitssystem andere Formen der Arbeitsteilung zu prüfen. Letzteres steht insbesondere im Bereich der Physiotherapie im Vordergrund: Während die physiotherapeutische Arbeit nur in Abhängigkeit von einer ärztlichen Verordnung möglich sei, wären Ärzte kaum in der Lage, eine

physiotherapeutische Befundung durchzuführen und zu entscheiden, welche physiotherapeutische Intervention im konkreten Fall sinnvoll sei (HE).

- Vereinzelt werden weitere wissenschaftliche Untersuchungen gefordert, um z. B. die berufliche Entwicklungen der Absolventinnen und Absolventen und den Mehrwert für das Gesundheitssystem durch hochschulische Ausbildung der Therapieberufe zu evaluieren (BY).

7. Zusammenfassung

Am 3. Oktober 2009 sind in den Berufsgesetzen der Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten zeitlich begrenzte Regelungen in Kraft getreten, die auch die Erprobung akademischer Erstausbildungen in diesen Berufen ermöglichen sollten. Die Erprobung wurde von einer gesetzlichen Vorgabe zur Evaluierung der Modellausbildungen begleitet. Insgesamt wurden diesem Bericht dabei die Ergebnisse von 25 Modellstudiengängen aus acht Ländern zugrunde gelegt.

Zusammengefasst kommen dabei alle Evaluierungen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass es dauerhaft wünschenswert und machbar ist, primärqualifizierende Studiengänge für die vier beteiligten Berufsgruppen einzurichten. Uneinheitlich ist das Ergebnis hinsichtlich des Umfangs der Akademisierung. Die Berichte sprechen sich überwiegend für eine Teilakademisierung und dafür aus, daneben die fachschulischen Ausbildungen zu erhalten. Dabei bleibt offen, wie das Verhältnis der verschiedenen Ausbildungswege auf Dauer gestaltet werden soll. Ein geringerer Anteil der Berichte befürwortet im Ergebnis eine vollständige Verlagerung der Ausbildungen in den vier beteiligten Berufen an die Hochschulen.

Hochschulübergreifend wird die Auffassung vertreten, dass eine dauerhafte Akademisierung eine Anpassung der Organisation, Struktur, Dauer sowie der Inhalte der Ausbildung an die hochschulischen Rahmenbedingungen umfassen müsse. Insbesondere wird dabei angeregt,

- die bisherige Ausbildungszeit von drei Jahren auf mindestens dreieinhalb Jahre (sieben Semester) bzw. vier Jahre (acht Semester für die Hebammenkunde) zu verlängern, um neben den bisherigen Ausbildungsinhalten auch akademische Qualifikationen vermitteln und die Arbeitsbelastung während des Studiums der Belastung in anderen Studiengängen angleichen zu können,
- die Form der Vermittlung und Prüfung des Lehrstoffes dem zu erreichenden akademischen Ausbildungsziel anzupassen, damit vor allem anwendungsbezogene Lehr- und Lernmethoden zum Einsatz kommen, die zu einem selbstorganisierten Lernen und einer eigenverantwortlichen Haltung gegenüber dem eigenen Lernprozess befähigen,
- die staatliche und die hochschulische Prüfung zu vereinen, um den erhöhten Zeit- und Personalaufwand, der an der Hochschule entsteht, zu reduzieren,
- jeder Einrichtung der praktischen Ausbildung eine qualifizierte Begleitung zuzuteilen, die in einem regelmäßigen Austausch mit den Studierenden und den Lehrkräften vor Ort steht, um die Qualität der praktischen Ausbildung sicherzustellen,
- die praktische Ausbildung in Kooperation mit Fachschulen mittels eines gemeinsamen Konzepts von theoretischen und/oder fachpraktischen Lehr- und Lernangeboten durchzuführen, um die Hochschulen bei der Durchführung der praktischen Ausbildung zu entlasten.

Eine akademische Erstausbildung in den Berufen der Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten wird von allen teilnehmenden Hochschulen als ein großer Vorteil für das Gesundheitswesen angesehen, der sich vor allem in den steigenden Anforderungen der Gesundheitsversorgung sowie in der Notwendigkeit begründet, im internationalen Vergleich den Anschluss nicht zu verlieren. Um die für diese Anforderungen nötigen Kompetenzen zu vermitteln, würde sich die hochschulische Ausbildung besonders eignen, da sie Studierende dazu befähigt, wissenschaftliches und fachliches Wissen besser anwenden und selbstständiger sowie reflektierter an den Arbeitsprozess herangehen zu können. Akademisch qualifizierte Fachkräfte könnten im Rahmen von optimierten Therapien sowie einem flexibleren und interdisziplinäreren Einsatz zu einer effektiveren und kostengünstigeren Gesundheitsversorgung beitragen. Valide Studienergebnisse, die diesen Zusammenhang zwischen einer höheren Qualifizierung und einem besseren Therapieergebnis auf Patientenseite untersuchen, fehlen für die Ergotherapeuten-, Hebammen-, Logopäden- und Physiotherapeutenausbildung jedoch.

Neben den positiven Aspekten der Akademisierung sind auch Nachteile vorhanden, die – vor allem im Fall einer Vollakademisierung – gleichermaßen die Fachschülerinnen und Fachschüler wie auch die ausbildenden Schulen betreffen. So würde bei einer Vollakademisierung Schülerinnen und Schülern mit einem mittleren Schulabschluss der direkte Zugang verwehrt und etablierte Fachschulen könnten nur noch in Kooperation mit

Hochschulen ihr Fortbestehen sichern. Zugleich würden die Kosten für die Ausbildung insgesamt bei den Ländern/Hochschulen anfallen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass in den Evaluierungsberichten keine Daten dazu erhoben wurden, welche Kostenauswirkungen eine vollständige Verlagerung der bisher im Wesentlichen über das KHG und über Schulgelder finanzierten fachschulischen Ausbildung an die Hochschulen in den Ländern haben würde. Im Fall einer Teilakademisierung würden die Länder/Hochschulen auf Dauer zumindest die Kosten für diese Qualifikation einschließlich der durch die Akademisierung anfallenden zusätzlichen Kosten tragen müssen. Auch hier sind Aussagen zur Höhe dieser Kosten bei einer bundesweiten Dauerregelung nicht Gegenstand der Berichte gewesen.

Weiterhin fehlen valide Aussagen über die langfristigen Auswirkungen der Akademisierung in den vier Berufen auf das Gesundheitswesen sowie Erhebungen zum Verbleib der jeweiligen Absolventinnen und Absolventen im Beruf und ihre berufliche Zufriedenheit, die ebenfalls noch nicht Gegenstand der Evaluierung waren.

8. Handlungsempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Erprobung akademischer Erstausbildungen in den Bereichen der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie wurde von den beteiligten Hochschulen als ein essentiell notwendiger und zukunftsweisender Schritt angesehen. Dies wird durch die positiven Ergebnisse der Evaluierung bestätigt, die im Kern einen Mehrwert einer akademischen Qualifikation im Vergleich zu der bisherigen fachschulischen Qualifikation erkennen lassen. Zugleich lassen die Berichte jedoch Fragen offen, deren Beantwortung weder in dem vorgesehenen zeitlichen Rahmen noch aufgrund der tatsächlichen Gegebenheiten zum Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens, das zur Erprobung akademischer Ausbildungen geführt hat, möglich war. Sie betreffen langfristige Auswirkungen der Akademisierung in den vier Berufen ebenso wie den dauerhaften Nutzen der akademischen Qualifikationen, für die es bisher für die Bereiche der Ergotherapie, Hebammenkunde, Logopädie und Physiotherapie keine validen Erkenntnisse gibt, aber auch die Kostenfolgen bundesweiter Teil- oder Vollakademisierungen bei der Finanzierung, die dann Aufgabe der Länder/Hochschulen ist. Zudem fehlt es an Erhebungen zum Verbleib im Beruf und der beruflichen Zufriedenheit akademisch qualifizierter Berufsangehöriger.

Neben diesen grundsätzlichen Punkten ergeben sich daneben Fragen zur konkreten Umsetzung in den jeweiligen Berufsgesetzen. So machen die Berichte deutlich, dass eine Anpassung der bisherigen Ausbildungsregelungen an die hochschulischen Gegebenheiten als unverzichtbar angesehen wird. Hier wird zu prüfen sein, ob und in welchem Umfang diesen Forderungen, die mit einer nicht unerheblichen Verlängerung der bisherigen Ausbildungsdauer einhergehen sollen, entsprochen werden kann bzw. muss.

Zugleich ergibt sich für die Hebammenausbildung bereits heute die Notwendigkeit einer vollständigen Akademisierung der Ausbildung bis zum 18. Januar 2020. Durch die Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“), die am 17. Januar 2014 in Kraft getreten ist, wurden die Zugangsvoraussetzungen zur Hebammenausbildung auf Ebene der Europäischen Union (EU) auf eine zwölfjährige allgemeine schulische Ausbildung angehoben. Für Deutschland hat das zur Folge, dass eine Akademisierung der Hebammenausbildung erforderlich ist, damit die Richtlinienkonformität der Ausbildung, die der automatischen Anerkennung in der EU unterliegt, aufrechterhalten werden kann. Die Frist zur Umsetzung beträgt sechs Jahre. Im Zusammenhang mit dem Gesetzgebungsverfahren wird es erforderlich sein, die Fragen zu klären, die sich aus einer Vollakademisierung zum einen für die Organisation und Struktur der Ausbildung und zum anderen für ihre Finanzierung ergeben.

Daneben sieht der Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes, über den derzeit der Deutsche Bundestag berät, in einem neuen Pflegeberufsgesetz ergänzend zu der fachschulisch-beruflichen Pflegeausbildung eine hochschulische Pflegeausbildung für den Beruf der Pflegefachfrau bzw. des Pflegefachmannes vor, setzt also de facto erstmalig eine regelhafte Teilakademisierung um.

Mit Blick auf die bislang vorliegenden Ergebnisse aus der Evaluation, die genannten noch offenen Fragen sowie die laufenden oder unmittelbar bevorstehenden Gesetzgebungsverfahren ist zum jetzigen Zeitpunkt eine abschließende Entscheidung über eine Akademisierung der Ausbildungen in den drei weiteren betroffenen Berufen nicht angezeigt. Vielmehr soll im Rahmen einer Verlängerung und Modifizierung der zum 31. Dezember 2017 außer Kraft tretenden gesetzlichen Modellregelungen die Möglichkeit eröffnet werden,

1. die Modellausbildungen stärker an die hochschulischen Gegebenheiten anzupassen,

2. die Modellausbildungen unter Einbeziehung der langfristigen Auswirkungen einer akademischen Qualifikation zu evaluieren und
3. fundierte Aussagen zu den finanziellen Auswirkungen treffen zu können.

Zu 1.

Mit Blick auf die Erkenntnisse aus der Evaluierung müssen vor einer Entscheidung über die Akademisierung der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie im Rahmen einer Verlängerung der geltenden Modellregelungen spezifische Fragestellungen vertieft betrachtet werden. Dies soll hinsichtlich aller vier bisher beteiligten Berufsgesetze erfolgen. Auch bei der Hebammenausbildung ist die Zeit bis zum Inkrafttreten des erforderlichen neuen Hebammengesetzes angemessen zu überbrücken.

Es erscheint angemessen, als Zeitraum für die Verlängerung zehn Jahre vorzusehen. Für die Hebammenausbildung wird dieser Zeitraum nicht ausgeschöpft werden; für die übrigen drei Berufe ermöglicht er, zwei Ausbildungsperioden zu durchlaufen. Zugleich gibt er dem Gesetzgeber auf der Grundlage der weiteren Erkenntnisse einschließlich der Erfahrungen mit der Umsetzung der Akademisierung bei der Hebammenausbildung ausreichend Spielraum für eine Reform der Berufe.

Um den Ergebnissen aus den Evaluierungsberichten Rechnung zu tragen, ist bei der Verlängerung zugleich zu prüfen, inwieweit den hochschulischen Gegebenheiten stärker als bei den bisherigen Modellregelungen Rechnung getragen werden kann, ohne dass sich die akademischen Ausbildungen zu sehr von den ihnen gleichstehenden fachschulischen Ausbildungen unterscheiden. Die Bundeseinheitlichkeit der Ausbildung an sich und das Erreichen des Ausbildungsziels müssen weiterhin gewährleistet sein.

Zu 2. und 3.

Eine Evaluierung der akademischen Ausbildungen ist weiterhin erforderlich. Sie sollte allerdings neben den konkreten Auswirkungen der hochschulischen Ausbildung auf die Ausbildungsstruktur und die Ausbildungsorganisation zusätzlich auf übergreifende Themen ausgeweitet werden. So sollten valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen der akademischen Qualifikation in diesen Bereichen oder die Kostenfolgen im Gesundheitswesen betreffen, und zu den möglichen Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss im Falle einer Vollakademisierung erhoben werden.

Auch scheint es sinnvoll, die Frage einer Teil- oder Vollakademisierung vertieft zu untersuchen. Der Wissenschaftsrat hat sich für eine Teilakademisierung ausgesprochen, die dem angenommenen Bedarf an akademisch qualifizierten Fachkräften am besten entspricht. Damit könnten vor allem spezifische Bereiche, wie die der Forschung und Lehre, Leitungsfunktionen sowie komplexe Aufgabenfelder, die einen besonders geschulten Patientenkontakt erfordern, in ausreichender Form abgedeckt werden.

Ergänzend ist zu prüfen, ob und inwieweit in diese erneute Evaluierung duale Ausbildungsangebote einbezogen werden könnten. Sie ermöglichen es besonders qualifizierten Schülerinnen und Schülern, parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung ein Studium zu absolvieren, ohne dass dies weitreichende Änderungen an den geltenden Berufszulassungsregelungen erfordert.



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333